

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ÉOSINOPHILIE SANGUINE DANS LES EXPLORATIONS NEURO-CHIRURGICALES

*Contribution à l'étude des étapes neuro-endocriniennes
du mécanisme d'adaptation*

PAR

CL. GROS, J. MINVIELLE et B. VLAHOVITCH
(de Montpellier)

La maladie post-opératoire peut aujourd'hui, grâce aux travaux expérimentaux de H. Selye, être intégrée dans un cadre plus vaste : celui des réactions non spécifiques d'adaptation. La multiplicité des désordres fonctionnels, métaboliques ou non, notés depuis longtemps chez les opérés, s'explique aisément aujourd'hui par la mise en jeu, répétée et coordonnée, des diverses glandes endocrines.

Cette interprétation physiopathologique des suites opératoires est valable pour toute investigation clinique comportant soit un traumatisme, soit un dérèglement hormonal ou pharmacodynamique ; elle représente tout autant, la notion d'intensité et de

brusquerie mise à part, une agression à laquelle l'organisme doit s'adapter.

Dans cet ordre d'idées, il était *à priori* intéressant de comparer dans un domaine limité et assez univoque, la *neuro-chirurgie*, les modes de réaction à des agressions diverses. La chirurgie nerveuse, en effet, plus qu'une autre, nous place au cœur du problème, puisqu'elle amène souvent à proximité des centres végétatifs et endocriniens supérieurs : hypothalamus, hypophyse. Et l'on sait le rôle primordial que jouent ces centres dans l'organisation de la défense aux agressions. Le mécanisme de cette réaction est, en effet, neuro-endocrinien avec deux relais essentiels : l'hypophyse et le cortex surrénal. Ces glandes interviennent directement ou par des stimulations en chaîne sur tous les métabolismes : hydrominéral, glucidique, protidique, lipidique, et les nombreux systèmes enzymatiques. Des perturbations sont alors décelées en même temps qu'un syndrome clinique de choc, mais sans parallélisme de chronologie ou d'amplitude avec celui-ci. Une étude de la réactivité pré-, per- et post-opératoire de l'énergie d'adaptation (Selye) doit tenir compte de ces deux éléments puisqu'ils ne sont pas de même ordre ; mais, tout en ne négligeant aucun d'entre eux, il apparaît d'emblée plus intéressant, dans un but physiopathologique et, peut-être, pour l'établissement du pronostic, de se fier davantage aux troubles biochimiques qu'aux signes cliniques.

Les signes cliniques ne représentent, en effet, que des phénomènes passifs, de souffrance, donc négatifs. Si on les fait dérouler sur une courbe, seule peut compter la profondeur de l'onde négative. Leur durée même n'a qu'une valeur contingente.

Les désordres métaboliques traduisent d'emblée, au contraire, une réaction de défense, le contre-choc. Ils sont constants et très sensibles : si l'agent d'agression est relativement bénin, les phénomènes de contre-choc peuvent devenir évidents, sans qu'il y ait une phase préalable de choc vrai. Ils sont plus durables que les troubles cliniquement décelables, leur évolution décrivant des courbes différentes en fonction de deux facteurs : la persistance de l'agent d'agression et le potentiel d'adaptation de l'organisme. Ces modalités sont schématisées par Selye en trois stades évolutifs : réaction d'alarme, puis stade de résistance, éventuellement suivie d'épuisement.

Mais, *comment étudier*, dans la pratique, hospitalière, et spécialement chez des opérés, les conséquences métaboliques de la réaction hypophyso-surrénalienne ? Il faut choisir un dénominateur commun, un témoin qui soit presque un point final, pour

être influencé par tous les stimuli mis en jeu, tout en restant sensible et d'utilisation aisée. Nous avons eu recours à des numérations des éosinophiles du sang circulant : leurs variations dépendent du cortex surrénal.

De nombreux auteurs, à la suite de Ingle, de Wells et Kendall, et surtout après les travaux de White et Dougherty, ont vérifié la constance de chute des éosinophiles après injection d'extrait cortico-surrénal ou, spécialement, de cortisone. C'est, en effet, de la cortisone, l'un des 11-oxycorticostéroïdes (gluco-corticoïdes), que dépend cette action ; elle s'accompagne d'une diminution de volume des organes lymphoïdes, d'une augmentation des gammaglobulines, d'une élévation de l'excrétion urinaire d'acide urique avec élévation du rapport acide urique/créatinine et des 11 et 17-oxystéroïdes.

Ces mêmes effets peuvent être obtenus (Thorn) indirectement par injection de corticostimuline antéhypophysaire (A.C.T.H.), à condition que la cortico-surrénale soit intacte : l'hormone hypophysaire agit par le relais surrénalien.

Parmi les éléments de réponse cortico-surrénalienne à une stimulation, nous n'avons retenu que la chute des éosinophiles. Les variations des lymphocytes sont moins fidèles (Thorn), et celles de l'élimination urinaire d'acide urique et créatinine moins fidèles et moins sensibles ; de nombreuses causes d'erreur interviennent pour ces dernières.

Il eût été, d'autre part, difficile, dans les suites opératoires neuro-chirurgicales, d'étudier les modifications métaboliques sous l'influence de la désoxycorticostérone ou de doser les 11-oxycorticostéroïdes ou les 17-cétostéroïdes éliminés en 24 heures dans les urines.

TECHNIQUE D'EXAMEN

Les numérations d'éosinophiles ont été effectuées toujours dans les mêmes conditions. Elles ont été faites sur du sang veineux recueilli dans des flacons oxalatés, flacons préparés avec 1/2 cc. de la solution suivante : oxalate de potassium : 2,4 gr., oxalate d'ammonium : 3,6 gr., eau distillée : q.s. pour 100 gr. Le sang était prélevé chez les malades à jeun depuis la veille et, chez les opérés, toujours à la même heure dans la matinée. Nous avons utilisé la technique de Thorn et Forsham : dilution au 1/10 par un liquide hémolysant de la composition suivante : solution aqueuse d'éosine à 2 % : 5 cc., acétone : 5 cc., eau distillée : 90 cc. Ce liquide doit être conservé en permanence au frigidaire.

La numération est faite le plus tôt possible après le prélèvement et porte sur au moins deux bandes de la cellule de Nageotte.

Nos résultats sont exprimés en valeur absolue par millimètre cube pour les études pré- et post-opératoires et en pourcentage de chute pour les explorations de durée limitée : pneumo-encéphalographie, angiographie cérébrale, injection d'A.C.T.H. ou d'adrénaline. Nous n'avons pas éliminé de notre statistique tous les cas où le chiffre initial était très bas ; certains auteurs estiment que la notion d'un nombre minimum de cellules à compter est une garantie indispensable. Nous en donnerons plus loin l'explication.

Les faits que nous rapportons sont de deux ordres : d'une part, une étude « au long cours » du malade neuro-chirurgical avant et après l'acte opératoire ; d'autre part, une étude analytique de l'énergie d'adaptation, qui permet de dissocier les réactions et de mieux comprendre la première étude.

I. — EOSINOPHILIE PRÉ-OPÉRATOIRE

La simple numération pré-opératoire des éosinophiles comporte un enseignement. Les niveaux sont, en effet, très variables, et ces variations, qui ne sont évidemment pas fortuites, paraissent traduire des correspondances anatomiques et fonctionnelles.

Un individu en équilibre physiologique possède 100 à 300 éosinophiles par mm^3 de sang circulant. Mais il ne s'agit que d'un état moyen. Si un agent nocif intervient sur l'organisme, la réaction d'alarme va se manifester : signes de choc, phénomènes de défense, surtout par libération de stéroïdes surréniaux, donc chute éosinophilique. A cette première période, fait suite, pour les agressions suffisamment importantes ou prolongées, le stade de résistance. C'est une transformation graduelle de la phase défensive de contre-choc : à ce moment, la plupart des réactions morphologiques et biochimiques de la réaction d'alarme disparaissent ; quelquefois, elles s'inversent momentanément. Si les conditions anormales de vie se maintiennent trop longtemps, on arrive au stade ultime et irréversible, l'épuisement.

Ces notions sont trop bien étayées et trop répandues pour qu'il soit nécessaire de les développer. C'est à leur lumière que l'éosinophilie pré-opératoire prend sa valeur.

OBSERVATIONS PERSONNELLES : 31 CAS (fig. 1). — Les résultats les plus intéressants sont les **taux bas d'emblée** : au-dessous de 50 par mm^3 . Ils traduisent, en effet, soit une réaction d'alarme,

soit une évolution vers l'épuisement, si le schéma de Selye est valable dans ce cas ; ils méritent donc de retenir l'attention.

Ces taux, nous les avons rencontrés chez 22 % de nos opérés (7 sur 31) ; il s'agit de trois hématomes intra-cérébraux, dont deux spontanés et récents, d'un traumatisme crânien avec agitation, de deux tumeurs cérébrales (glioblastome polymorphe et métastase d'épithélioma), et d'un abcès hémisphérique avec œdème cérébral important. Leur diversité n'est qu'apparente ; quelle que soit leur localisation, ces affections ont deux mécanismes communs, associés ou non : brutalité d'installation (hématome), souffrance aiguë de l'encéphale, spécialement des centres végétatifs, manifeste cliniquement (hoquet, bâillement, somnolence, agitation) et sur les tracés électro-encéphalographiques. Un état de choc clinique, sans valeur localisatrice précise (troubles du pouls, de la tension artérielle et de la vaso-motricité), accompagne ces manifestations. Il serait surprenant, dans ces conditions, qu'une chute éosinophilique ne vienne pas attester l'activation du système neuro-endocrinien de défense, surtout lorsque l'agression intéresse ses propres commandes, directement ou par œdème et érythrodiapédèse.

EOSINOPHILIE PRÉ-OPÉRATOIRE. — 31 observations
éosinophiles/mm³.

0	50	100	200
7 cas	7 cas	12 cas	5 cas
3 Hématomes intra-cérébraux.	2 Hématomes intra-cérébraux.	5 Tumeurs à développement progressif	1 Cranio-pharyngiome.
1 Glioblastome.	1 Glioblastome.	1 Arachnoïdite opto-chiasmatique.	1 Tumeur du 3 ^e ventricule.
1 Métastase cérébrale.	1 Méningiome.	1 Syndrome d'Arnold-Chiari.	1 Idiotie avec troubles caractériels graves (leucotomie).
1 Abcès cérébral.	1 Cranio-pharyngiome.	2 Explorations fosse postérieure.	1 Névrite optique.
1 Traumatisme crânien.	1 Adénome chromophile.	2 Leucotomies (syndrome extenso-progressif, anxiété).	1 Fracture ancienne de l'étage antérieur.
	1 Anxiété (leucotomie).	1 Smithwick.	

Chez sept autres malades (22 % des cas), le chiffre initial est compris entre 50 et 100 éosinophiles par mm^3 . Parmi eux : deux hématomas intra-cérébraux spontanés, un crâniopharyngiome suprasellaire, un adénome chromophile hypophysaire, deux très grosses tumeurs (méningiome et glioblastome), et un cas d'anxiété relevant de la leucotomie.

L'état de ces malades paraissait nettement meilleur que celui des précédents. Les hématomas intra-cérébraux, notamment, étaient plus anciens ; leur début avait été moins brutal. L'anxiété, pour l'un d'eux, réalisait un véritable stress permanent.

Les taux élevés (au-dessus de 200 par mm^3), considérés à ce seul titre, n'offrent pas d'intérêt majeur. Ils existaient chez 16 % des malades, correspondant à des états anatomo-cliniques très divers, et toujours à une bonne aptitude réactionnelle de l'organisme. Mais un seul chiffre ne peut indiquer, même s'il est très élevé, que l'organisme puisse résister longtemps à l'agression.

II. — COURBES ÉOSINOPHIQUES POST-OPÉRATOIRES

Toute intervention chirurgicale entraîne inéluctablement une réaction d'alarme, et ceci d'autant plus intensément qu'elle se passe à proximité des commandes du mécanisme de défense neuro-endocrinien.

Roche, Thorn et Hills avaient déjà souligné la valeur pronostique de l'étude des courbes post-opératoires (il s'agissait surtout de malades de chirurgie générale). Si l'activité cortico-surrénale est normale, le taux d'éosinophiles tombe à zéro pendant les 24 ou 48 premières heures, traduisant l'augmentation d'activité cortico-surrénale de la réaction d'alarme. En cas d'insuffisance surrénale, le taux d'éosinophiles reste normal ou s'élève pendant cette période. Du 2^e au 4^e jour, on assiste, disent ces auteurs, à une augmentation des éosinophiles ; en même temps, est notée l'amélioration clinique.

Nos constatations sont du même ordre, en ce qui concerne le déroulement normal des suites opératoires, mais, ici, la maladie ou l'acte opératoire est à proximité des centres supérieurs ; le retentissement endocrinien en est plus précoce, plus intense, plus durable. On peut s'attendre, en outre, à trouver des cas plus complexes qu'en chirurgie générale : association d'autres insuffisances endocriniennes, tel un diabète insipide ou production d'une hypo- ou hypertension intracrânienne qui va influencer le jeu du mécanisme régulateur et modifier la courbe post-opératoire.

RÉSULTATS OBSERVÉS. — Nous avons étudié de préférence les réactions aux interventions portant sur des zones « sensibles ».

Nos 31 cas se décomposent en :

- 2 arachnoïdites optochiasmatiques,
- 4 craniopharyngiomes,
- 1 adénome hypophysaire,
- 1 tumeur du III^e ventricule,
- 5 hématomes intracérébraux,
- 1 abcès,
- 2 glioblastomes,
- 2 métastases intracérébrales,
- 4 leucotomies,
- 1 tumeur du cervelet,
- 1 tumeur du tronc,
- 1 syndrome d'Arnold-Chiari,
- 1 méningiome,
- 4 explorations,
- 1 Smithwick (sympathectomie thoracique supérieure).

a) *Premières 24 heures.* — Tous les opérés ont eu un prélèvement sanguin avant la ventriculographie ou avant l'intervention, un autre en fin d'après-midi (en moyenne 10 heures après le début de l'intervention), et un autre le lendemain matin. La plupart ont eu plusieurs prélèvements intercalaires.

L'éosinophilie est habituellement très faible à la 10^e ou à la 24^e heure après le début de l'intervention (fig. 2, 3, 4 et 5). Dans nos 31 observations, elle est inférieure à 25 par mm³ ; elle est souvent nulle (22 fois sur 31).

Lorsque le chiffre de départ est bas, il diminue encore après l'intervention, prouvant que l'organisme garde une aptitude réactionnelle. Sur les sept malades initialement au-dessous de 50, six n'avaient plus aucun éosinophile visible à la cellule de Nageotte ; le septième a abaissé son taux de 52 %, encore ne s'agissait-il que d'une exploration méningo-corticale chez un traumatisé cranien. Ces fortes réponses éliminent l'insuffisance de réactivité neuro-endocrinienne et l'épuisement surrénalien.

b) *Suites opératoires.* — Les vérifications du niveau éosinophilique ont été poursuivies plusieurs jours, à raison d'une par jour, le sang étant prélevé chaque jour à la même heure.

Lorsque l'agression est de moyenne importance, et l'organisme en état de se défendre, des éosinophiles réapparaissent dans le sang circulant le 2^e ou le 3^e jour et remontent rapidement ; les

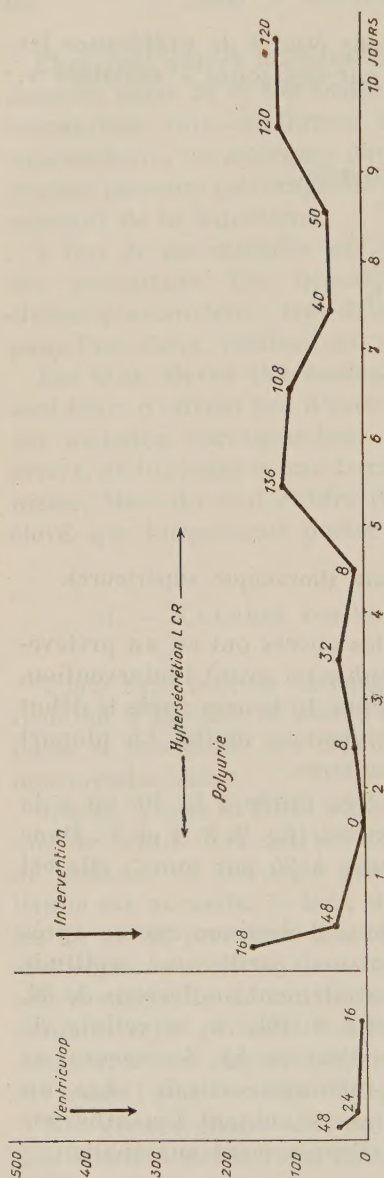


Fig. 2¹. — M. T... Cranio-pharyngiome intra-ventriculaire Infantilisme et nanisme hypophysaire

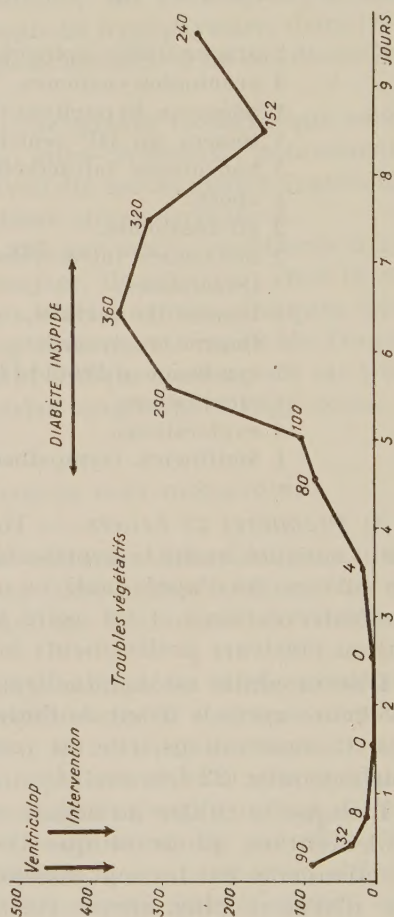
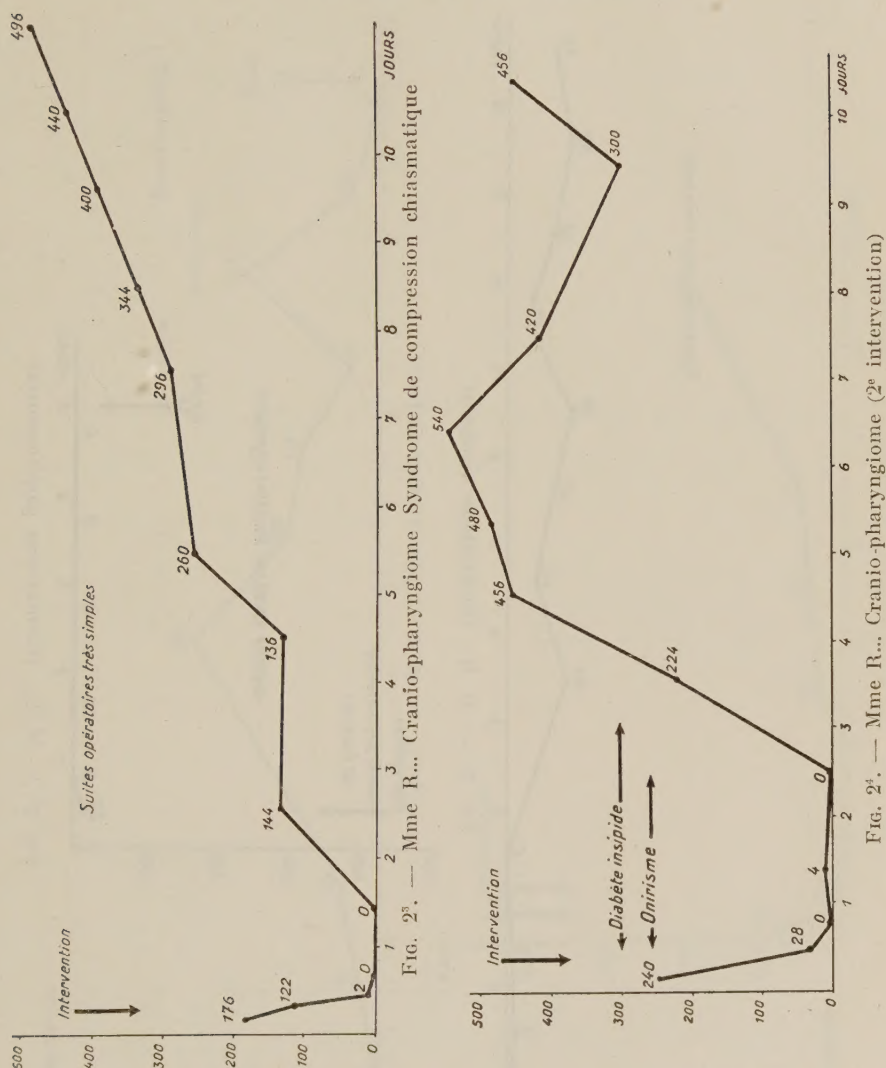


Fig. 2². — M. R... Cranio-pharyngiome

chiffres doublent souvent de jour en jour. Le chiffre pré-opératoire est presque toujours atteint et dépassé vers le 3^e jour, puis survient une inflexion progressive et lente de la courbe, sauf en cas de complication intercurrente.

Dans d'autres cas, la remontée éosinophilique tarde à s'amor-



cer, le niveau restant parfois autour de 20 par mm^3 et même à zéro. C'est ainsi que le taux pré-opératoire n'a été atteint que le 5^e jour par trois malades et le 7^e jour ou plus tard par quatre autres. Ces quatre derniers avaient des suites opératoires troubles : l'un (glioblastome temporal) par hypotension intracrânienne paroxystique ; le deuxième, extrêmement asthénique, avait un niveau éosinophilique trop bas pour permettre de tester l'action de l'adrénaline ou de l'A.C.T.H. Un autre était sans cesse agité. Le quatrième était resté subcomateux plusieurs jours avant de guérir définitivement.

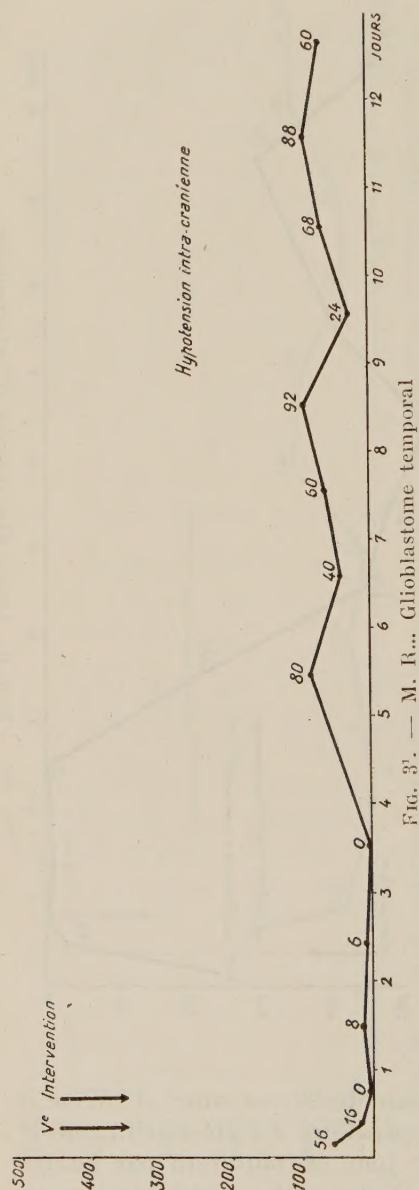


Fig. 31. — M. R... Glioblastome temporal

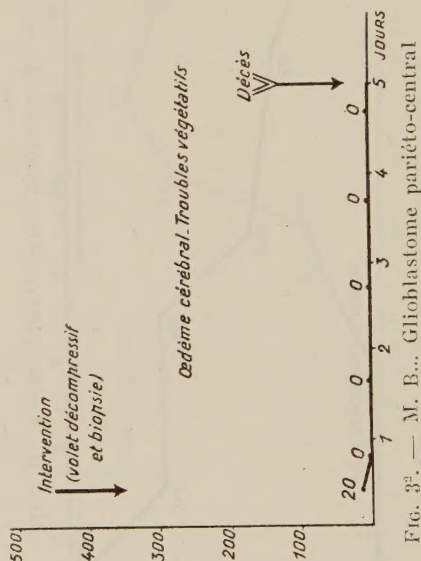


Fig. 32. — M. B... Glioblastome pariéto-central

La date du maximum éosinophilique coïncide le plus souvent, à quelques heures près, avec la date précédente (5^e jour). Chez 11 malades, cependant, la courbe d'« hyperéosinophilie » est très étalée, le maximum n'étant obtenu que vers le 8^e jour et même le 15^e jour. Nous trouvons parmi eux deux craniopharyn-

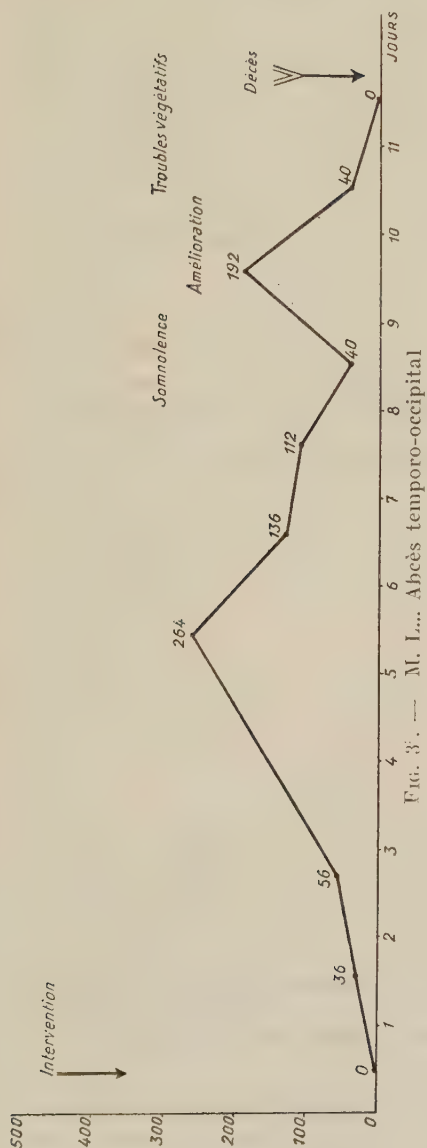


Fig. 3.

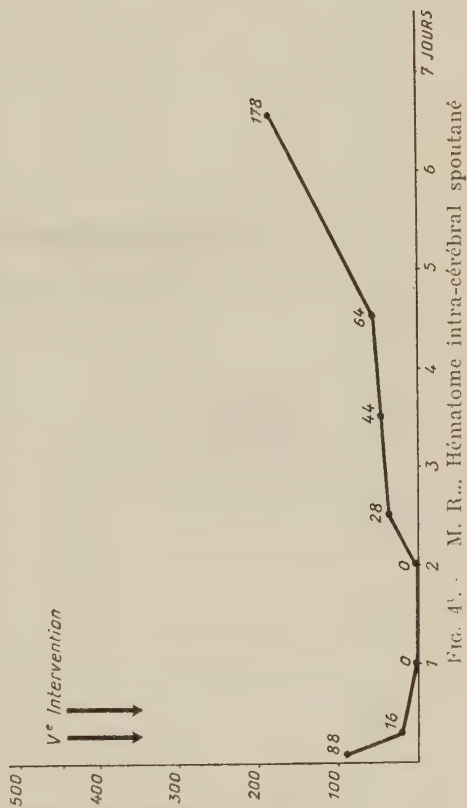
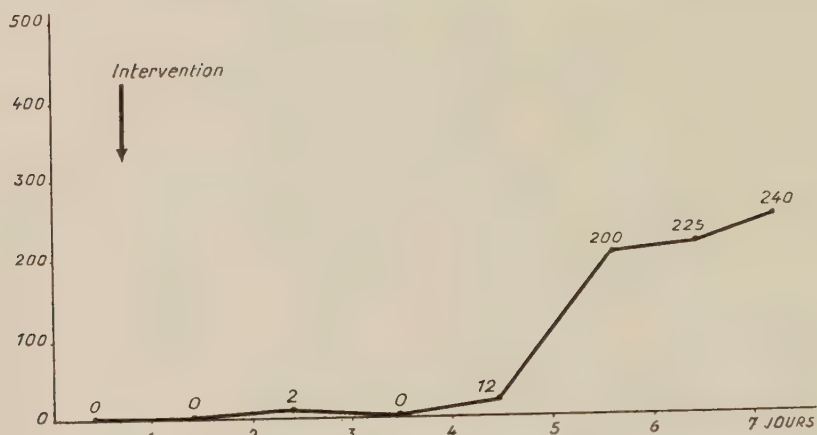


Fig. 4.

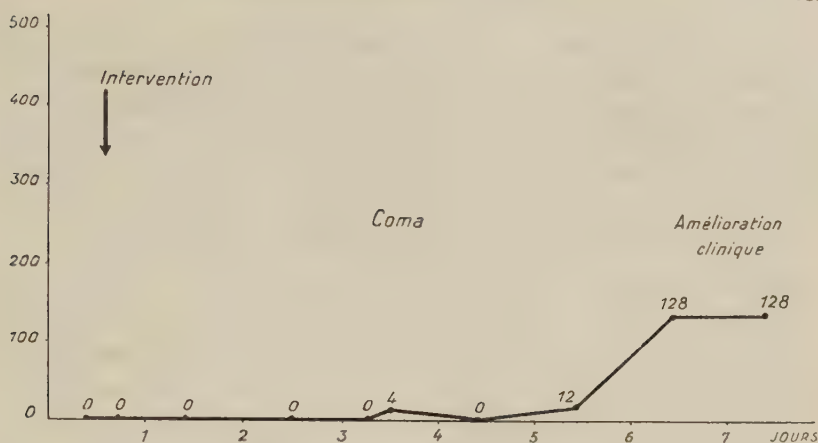
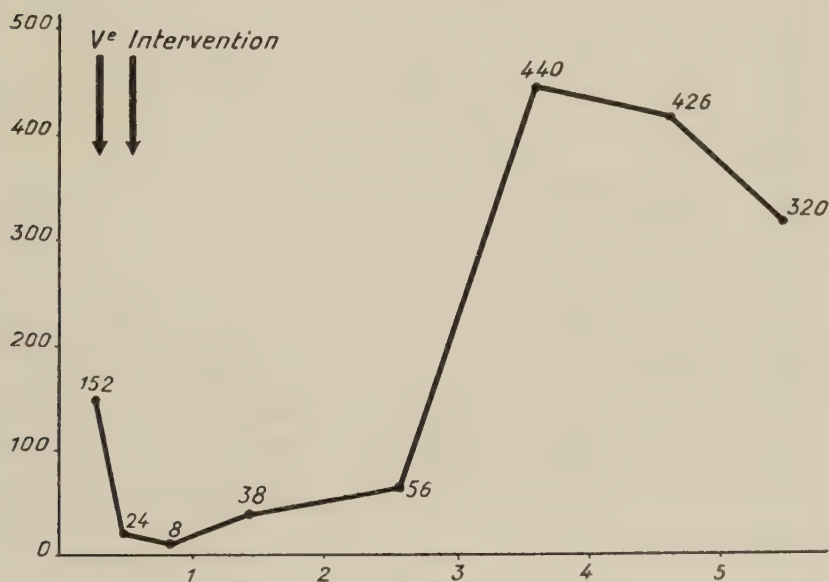
giomes, un adénome hypophysaire, une névrite optique œdémateuse. Le retard de développement du stade de résistance peut être rattaché à la perturbation endocrinienne pré- et post-opératoire. Les sept autres malades ont présenté des troubles hydrauliques intracrâniens après exérèse d'une volumineuse tumeur et ont commencé très tard leur convalescence.

FIG. 4². — M. B... Hématome intra-cérébral spontané datant de 24 heuresFIG. 4³. — Mme G... Hématome intra-cérébral post-traumatique

Il faut encore tenir compte du mode de réascension de la courbe. Une remontée brutale, même lorsqu'elle est tardive, est d'excellent pronostic et arrivera rapidement à son maximum. Les courbes plates et flexueuses sont l'indice d'un stress persistant.

Enfin, l'intérêt de ces graphiques est accru lorsque apparaît une insuffisance endocrinienne, tel un diabète insipide. La courbe éosinophilique est alors aussi importante que celle de la diurèse (fig. 2).

Mais il ne suffit pas de considérer le simple niveau éosinophi-

FIG. 4^a. — M. C... Hématome intra-cérébral spontanéFIG. 5^a. — Mme R... Arachnoïdite opto-chiasmatique
Suites opératoires très simples

lique. S'il reste bas, comment savoir si la continuelle décharge de stéroïdes qu'il traduit pourra se poursuivre ? Il faut apprécier la réserve fonctionnelle cortico-surrénale (Roche, Thorn, Hills), par les tests à l'adrénaline et à l'A.C.T.H., ce qui n'est d'ailleurs possible que si le sang contient plus de 20 éosinophiles par mm^3 avant l'injection. Une réponse normale prouve que le malade peut encore se défendre contre l'agression persistante, cette persis-

tance relevant le plus souvent d'une complication (hémorragie, suppuration, agitation, déséquilibre hydraulique), **Inversement**, lorsque le niveau remonte, est-ce parce que le malade ne peut plus fournir de stéroïdes ou parce que, rapidement, le besoin ne s'en fait plus sentir, la convalescence devenant proche ? Là, encore, une réponse normale à l'adrénaline et à l'A.C.T.H. permet d'éliminer l'hypothèse d'épuisement hypophyso-surrénalien.

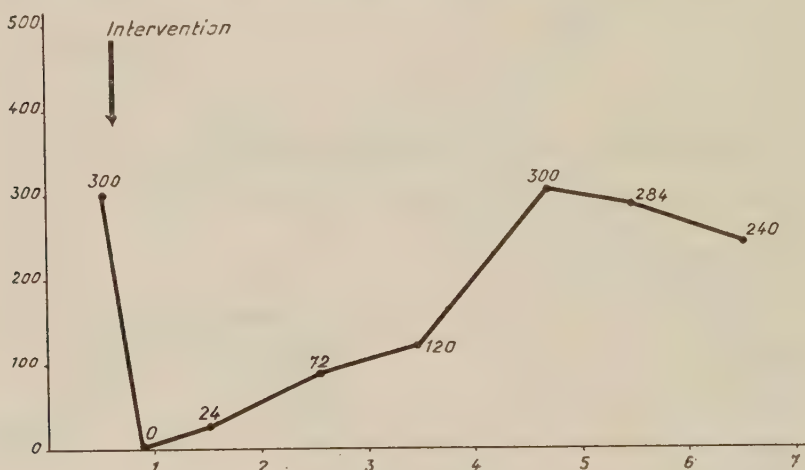


FIG. 5^e. — Mlle P... Leucotomie. Oligophrénie, agitation

A condition de vérifier par ces tests la réserve endocrinienne, la courbe éosinophilique devient un précieux élément de pronostic. D'autant plus que la remontée peut commencer alors que le malade est cliniquement dans un état presque désespéré. Tel était le cas d'un hématome intracérébral spontané, où la réapparition de quelques éosinophiles dans le sang précéda de plus de 24 heures la fin du coma.

III. — EFFETS DES AUTRES STIMULATIONS NEURO-CHIRURGICALES

1° *Ventriculographie et encéphalographie gazeuses.* — Ces actes sont moins longs que l'intervention et surtout sont électifs : ils sont dirigés vers telle ou telle région cérébro-méningée. Ils précèdent souvent l'acte opératoire et il est fréquent d'utiliser pour un malade déterminé plusieurs explorations afin d'assurer le diagnostic, ce qui permet de comparer presque expérimentalement les réactions obtenues.

RÉACTION ÉOSINOPÉNIQUE A LA VENTRICULOGRAFIE OU
ENCÉPHALOGRAPHIE GAZEUSE. — 55 observations

Pourcentage de chute éosinophilique, à la 4^e heure

100	90	80	70
17 cas	8 cas	5 cas	7 cas
7 Epilepsies. 2 Névroses.	2 Epilepsies. 2 Névroses.	1 Epilepsie. 1 Névrose.	1 Délire paranoïde 1 Confusion mentale.
3 Troubles caractériels avec anomalies E.E.G.	1 Trouble caractériel avec arriération.	1 Méningo-encéphalite allergique.	1 Méningite tuberculeuse.
3 Syndromes méningo-encéphaliques aigus, avec manifestations allergiques.	1 Anxiété.	1 Méningite tuberculeuse.	1 Hématome intracérébral.
1 Anxiété.	1 Schizophrénie.	1 Glioblastome.	1 Métastase cérébrale.
1 Psychose post-partum.	1 Arachnoidite opto-chiasmatique aiguë.		1 Cranio-pharyngiome. 1 Tumeur du tronc cérébral.

60	50	40	30	20
11 cas	1 cas	3 cas	3 cas	
2 Schizophrénies. 1 Oligophrénie avec atrophie cérébrale.	1 Schizophrénie.	1 Maladie de Pick. 1 Méningite tuberculeuse.	2 Maladies de Pick. 1 Cicatrice cérébrale sans épilepsie.	
2 Cérébro-scléroses.		1 Hypotension intra-cranienne.		
1 Méningite tuberculeuse.				
1 Myélite.				
1 Sclérose en plaques.				
1 Paralyse générale.				
1 Cranio-pharyngiome				
1 Traumatisme crânien.				

En outre, ces techniques d'examen sont si couramment employées et si simples que l'on est tenté d'emblée de vérifier non plus les caractères de la réponse, mais la possibilité de dépendance entre cette réponse et la maladie en cause. Notre étude porte sur 37 encéphalographies par voie lombaire et 18 ventricu-
lographies.

Nous avons toujours pratiqué un prélèvement de sang avant insufflation et quatre heures après, moment de la chute maxima, comme l'avaient déjà montré Lereboullet et Benda. Les prélèvements intercalaires sont peu utiles. A noter, cependant, une élévation éphémère et précoce à la première demi-heure. Les pourcentages de chute éosinophilique sont extrêmement variables : ils oscillent entre 20 et 100 %.

Ces différences ne sont pas liées au mode d'insufflation. Notre statistique, qui groupe les insufflations par voie lombaire et les ventriculographies par trépano-ponction occipitale, où l'action offensive est plus limitée, respectant la base et la convexité, est à première vue disparate. Mais, lorsque, chez un même malade, on procède à quelques jours d'intervalle à l'encéphalographie et à la ventriculographie, on obtient une éosinopénie identique.

D'autre part, la réaction cortico-surrénalienne est indépendante du gaz utilisé comme produit de contraste : air ou oxygène.

Enfin, nos malades recevaient une prémédication sous forme d'association de morphine-scopolamine-éphédrine.

Ces causes d'erreur étant éliminées, il faut chercher dans le malade lui-même la raison de tels écarts de pourcentage. L'explication est apportée, en effet, par la confrontation entre la réponse cortico-surrénalienne et le diagnostic anatomo-clinique pour chaque malade (fig. 6).

Parmi les six malades dont l'éosinopénie n'atteint pas 40 %, nous trouvons deux atrophies cérébrales à prédominance préfrontale avec désintégration du langage et troubles démentiels, chez des hommes de 35 et 48 ans, réalisant le tableau de la maladie de Pick. Chez l'un d'eux, on a procédé à la ventriculographie avant la pneumo-encéphalographie, car sa symptomatologie clinique et électro-encéphalographique faisait suspecter un processus expansif. Les trois autres malades étaient atteints de tuberculose méningée fibrocaséuse chronique, d'hypotension intracérébrale simple guérie par insufflation et de cicatrice cérébrale corticale sans épilepsie.

Dans un deuxième groupe (éosinopénie allant de 45 à 70 % : 18 cas), se trouvent rassemblés exclusivement les néoformations et les états inflammatoires subaigus. Nous incorporons à ces derniers certains cas psychiatriques (schizophrénie, confusion mentale), où nous avons trouvé des hypercytoses du liquide céphalique, une distension des citernes de la base et des absences partielles d'injection de la convexité. Parmi les néoformations, retenons surtout une éosinopénie à 50 % après ventriculographie pour un crâniopharyngiome suprasellaire. Ce malade présentait

un syndrome très net d'insuffisance antéhypophysaire : nanisme, syndrome adiposo-génital. Il est vraisemblable, d'après cette réponse à la ventriculographie, que la fonction corticotrope est aussi déficiente.

Enfin, les chutes éosinophiliques maxima : de 70 à 100 % (30 cas). Ce groupe comprend essentiellement les épilepsies et les méningo-encéphalites évolutives. Nos 10 épilepsies sont rassemblées ici, presque toutes au-dessus de 90 %. On notait chez tous des réactions végétatives intenses après l'insufflation (tachycardie, sueurs profuses), des céphalées. Les névroses et les troubles caractériels avec signes électro-encéphalographiques d'immaturation corticale se trouvent à leur côté, ce qui ne peut surprendre outre mesure. Les autres malades à éosinopénie maxima présentaient une séméiologie méningo-encéphalique polymorphe, souvent à forme mentale, associée à des accidents de type allergique : urticaire, algies épicroâniennes vasculaires. Ici, aussi, réactions vives à la pneumo-encéphalographie : poussée évolutive ou, plus souvent, amélioration rapide.

2° *Cisternographie*. — Les prélèvements sont faits avant et quatre heures après injection de 10 ou 20 cc. d'air par voie lombaire pour remplir les citernes de la base.

Les pourcentages de chute sont ici très faibles. Sur sept cas, cinq sont inférieurs à 30 %, les deux autres sont de 40 et 66 % (arachnoïdite ponto-cérébelleuse).

3° *Angiographie cérébrale*. — Notre statistique comprend 15 cas d'artériographie carotidienne par ponction percutanée, sous couvert de la même analgésie de base que pour les insufflations. 20 cc. de sérum novocaïne sont injectés avant la diodone à 35 %. Le sang est prélevé avant et quatre heures après.

Les résultats sont superposables à ceux des insufflations : même échelonnement des réactions surrénaliennes. De plus, elles sont, pour chaque cas, parallèles à celles de la ventriculographie qui fut très souvent effectuée ultérieurement ; on note donc la même correspondance avec l'état anatomo-clinique du malade.

4° *Stimulations hormonales de contrôle*. — Chez plus de 15 malades déjà testés par l'angiographie ou l'insufflation, nous avons complété l'exploration fonctionnelle par l'étude de l'éosinopénie après injection d'A.C.T.H. (25 mgr.) et d'adrénaline (1/2 mgr.).

Ces tests de Thorn ont été utilisés aussi dans les suites opératoires pour vérifier l'état surrénalien pendant la remontée éosinophilique ou lorsque les niveaux demeuraient très bas. Eux seuls

permettent de présumer ou d'éliminer un épuisement cortico-surrénalien (test à l'A.C.T.H.), hypophysaire (test à l'adrénaline), ou mixte.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

I. *L'établissement de la courbe éosinophilique pré- et post-opératoire* nous paraît, comme à Roche, Thorn, Hills et aux autres auteurs, qui se sont attachés à cette étude, d'un intérêt doctrinal et pratique certain. Les faits rapportés plus haut sont assez éloquents par eux-mêmes pour que nous n'insistions pas davantage.

Ils nous incitent parfois à préconiser une thérapeutique substitutive. Cela ne représente que l'extension des mesures prises vis-à-vis des addisoniens, dont la fragilité post-opératoire est bien connue et dont les chances de survie (comme celles des animaux surrénalectomisés) sont augmentées par administration de stéroïdes surrénaux, surtout de 11-oxy corticostéroïdes. Chez un opéré qui ne fournit aucun indice clinique, ni biologique de début de convalescence, les tests de réactivité hypophyso-surrénalienne (test de Thorn à l'adrénaline), ou surrénalienne (test de Thorn à l'A.C.T.H.) nous guident dans le choix de la thérapeutique. Si ces tests ne dénotent aucune insuffisance, on pourra utiliser chaque jour l'une ou l'autre de ces hormones pour stimuler le système de défense. Si la réponse n'est pas favorable, c'est plutôt à la cortisone que l'on pourra s'adresser. Ce schéma nous paraît surtout valable pour les suites difficiles des interventions à retentissement neuro-endocrinien habituel : craniopharyngiomes, adénomes hypophysaires, poussées post-opératoires d'hypertension liquidienne. Le contrôle biologique sera, évidemment, poursuivi.

II. *Valeur des réactions surrénaliennes aux explorations neuro-chirurgicales et hormonales.* — Alors que les phénomènes cliniques de choc sont indépendants de l'hypophyse et de la surrénale, puisqu'on peut les provoquer après leur ablation, les phénomènes actifs, quoique non spécifiques, de défense témoignent d'une libération des stéroïdes surrénaux. Expérimentalement, en effet, la surrénalectomie ou l'hypophysectomie aggravent l'état de choc après une agression et empêchent l'établissement de la phase de contre-choc.

Les épreuves que nous avons utilisées sont toutes centrées sur le système neuro-endocrinien de défense, mais possèdent une valeur différente suivant leur champ d'action propre.

1° *Mécanisme d'action des stimulations neuro-chirurgicales.*

— Pour la ventriculographie, on ne peut guère incriminer que l'excitation des centres végétatifs périventriculaires.

La pneumo-encéphalographie semble agir de même, malgré une potentialité apparemment supérieure. Chez quatre malades qui ont eu successivement les deux explorations, la réponse éosinopénique fut identique. Chez une autre, on observa une chute éosinophilique de 2 % à l'encéphalographie (164 avant, 160 après), et 100 % à la ventriculographie (108 avant, 0 après).

Or, par suite d'un défaut d'injection d'air, après soustraction de 150 cc de liquide céphalo-rachidien, on n'avait obtenu aucune insufflation des ventricules, ni de la convexité.

La cisternographie ne peut agir que sur les formations de la base. Or, les réactions qu'elle déclenche sont faibles. Chez une malade, on a procédé successivement à la cisternographie (éosinopénie : 12 %) et à la pneumo-encéphalographie globale (éosinopénie : 83 %), soit une stimulation surrénalienne six fois plus forte. Le mécanisme d'action de l'encéphalographie globale ne serait donc pas la stimulation directe de la tige pituitaire et des formations infundibulo-tubériennes, mais l'excitation des centres végétatifs périventriculaires.

Pour l'artériographie, le mécanisme déclenchant est en partie éclairé par deux observations. Dans la première, les tentatives de ponction carotidienne furent, une fois, infructueuses, le vaisseau, très induré, roulant sous l'aiguille : pas de chute éosinophilique. Dans la deuxième, une première artériographie n'injecta que la carotide externe : pas d'éosinopénie. Quelques jours plus tard, la ponction de la carotide primitive permit l'opacification des carotides externe et interne : chute éosinophilique de 65 %. Le seul mécanisme en cause paraît donc être intracranien. La similitude avec les réactions à la ventriculographie chez plusieurs malades nous suggère alors la même hypothèse : excitation des centres végétatifs, soit directement par l'apport d'un produit étranger au contact des cellules nerveuses, soit par l'intermédiaire du réseau sympathique qui entoure le siphon carotidien.

2° *Mécanisme d'action des autres stimulations utilisées en clinique.* — L'éosinophile, étant le témoin tissulaire de l'action d'un système à nombreuses articulations, subit de très nombreuses influences.

Les mieux connues sont celles qui portent sur les deux derniers chaînons. C'est ainsi que l'A.C.T.H., cortico-stimuline hypophysaire s'adresse au dernier centre, l'absence de réaction à son

administration dépendant de sa seule insuffisance. Il n'en est pas de même de l'adrénaline, qui agit directement sur l'hypophyse, lui faisant sécréter l'hormone corticotrope, ou à la fois sur l'hypophyse et sur le cortex surrénal, la première hypothèse paraissant plus vraisemblable. C'est pourquoi le test à l'adrénaline a semblé à certains auteurs infidèle et peu sensible, par comparaison avec celui à l'A.C.T.H., alors que leur mécanisme d'action diffère. On peut, par le test à l'adrénaline, distinguer l'insuffisance surrénale primitive et secondaire : dans l'insuffisance d'origine hypophysaire, réaction normale (faible si la déficience hypophysaire est ancienne) à l'A.C.T.H., pas de réponse à l'adrénaline. Dans l'insuffisance surrénale primitive, pas de réaction à l'A.C.T.H.

L'insuline et l'histaminé sont également des stimulants du couple hypophyso-surrénalien. Nous en avons vérifié à plusieurs reprises la valeur.

A l'étage supra-hypophysaire, nous arrivons à l'hypothalamus et aux centres végétatifs périventriculaires. Jusqu'à présent, ont été étudiés chez l'homme trois excitants de ces régions : la convulsivothérapie, l'infiltration du glomus carotidien, et la pneumo-encéphalographie (Lereboullet et Benda). L'éosinopénie doit être ajoutée au syndrome biologique de l'électrochoc et contribue à l'intégrer dans le schéma de Selye (Delay). L'infiltration ou l'extirpation du glomus carotidien (Michotte, Lièvre et Léger), entraîne une chute de 50 % des éosinophiles et les autres signes de la « série cortisone ». Ces constatations sont à l'origine de tentatives thérapeutiques dans la polyarthrite chronique évolutive. Malgré leur caractère transitoire, les améliorations obtenues confirment la production d'une stimulation cortico-surrénale qui semble se faire, comme après l'artériographie carotidienne, par l'intermédiaire des centres végétatifs et de l'hypophyse.

Nous laissons de côté les autres stimulations, la pyrétothérapie notamment, dont le mécanisme est complexe et ne fait pas appel particulièrement à tel chaînon du système.

3° Applications à l'exploration fonctionnelle en clinique humaine. — Nous laissons de côté volontairement les données fort intéressantes de l'expérimentation animale (excitation et destruction des noyaux hypothalamiques ; essais de stimulation hypophysaire par des extraits hypothalamiques) et les acquisitions anatomo-physiologiques de Roussy et Mosinger, pour insister sur certaines applications cliniques.

Nous voici, en effet, pourvus d'une gamme de stimulants électifs d'utilisation aisée, notamment en neurologie et neuro-chirurgie. L'exploration végétative supérieure et la démonstration d'insuffisance ou d'hyperactivité, d'hyperergie végétative supé-

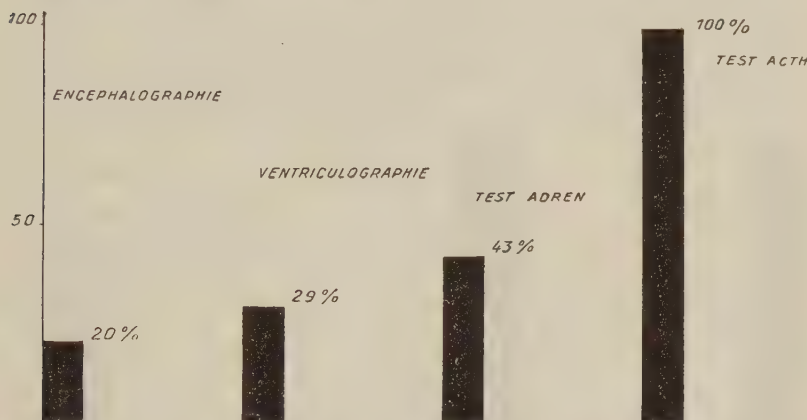


FIG. 7¹. — Maladie de Pick

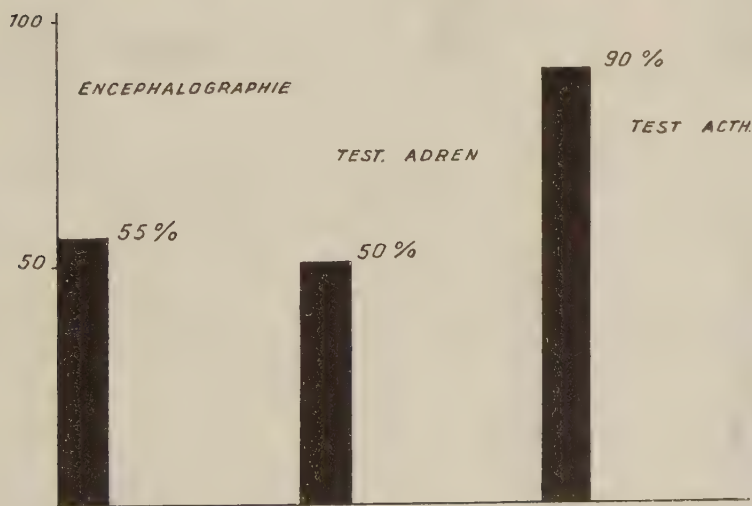


FIG. 7². — Sclérose en plaques

rieure, sont réalisables par l'étude des variations éosinophiliques après encéphalographie ou ventriculographie. Elle complète la possibilité d'explorer l'hypophyse par l'adrénaline et le cortex surrénal par l'A.C.T.H. Elle permet de mieux analyser les réponses à ces deux hormones et suppose réciproquement leur contrôle.

Nous avons fait, sur ce point, de très nombreuses vérifications. Voici quelques exemples d'explorations couplées (fig. 7) :

M. S... : maladie de Pick. Chute de 20 % à l'encéphalographie et de 29 % à la ventriculographie. Après adrénaline (1/2 mgr.

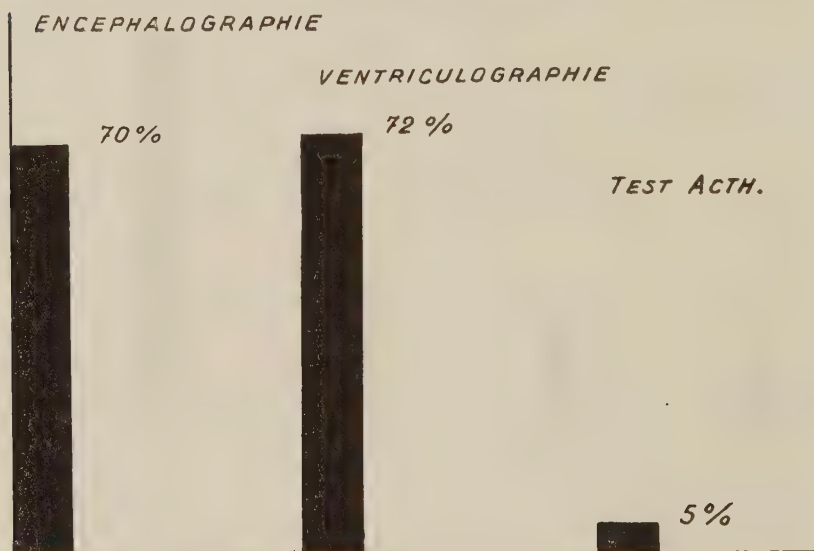


FIG. 7³. — Epilepsie

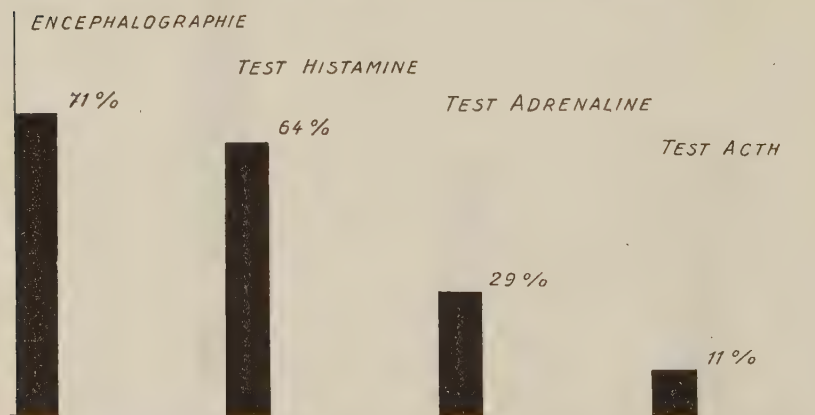


FIG. 7⁴. — Méningo-encéphalite tuberculeuse évolutive

sous-cutané) : 43 %. Après A.C.T.H. (25 mgr.) : 100 %. Ce dernier résultat nous assure de l'intégrité surrénalienne pour la fonction considérée. Le test à l'adrénaline, stimulant hypophysaire, occupe une place intermédiaire. L'inégalité fonctionnelle

des divers centres apparaît : elle indique une insuffisance élective de la réactivité diencéphalique.

Mme C... : syndrome de sclérose en plaques. Chute de 55 et 50 % à l'encéphalographie et à l'adrénaline. Une chute de 90 % après injection intra-veineuse de 5 mgr. d'A.C.T.H. nous fait conclure à une insuffisance relative neuro-hypophysaire.

Voici trois exemples du déséquilibre inverse : hyperactivité neuro-végétative contrastant avec une insuffisance relative hypo-

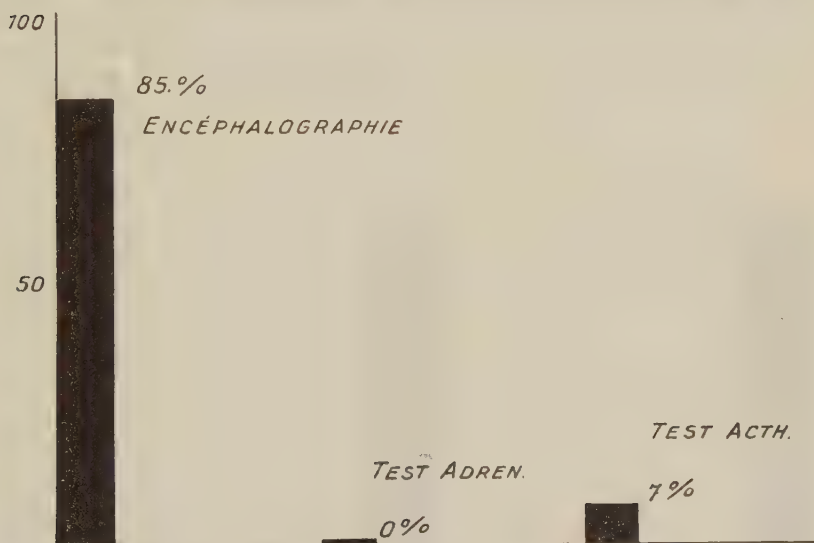


FIG. 7^e. — Epilepsie

physaire et hypophyso-surrénalienne. Il s'agit de deux épileptiques et d'une méningo-encéphalite tuberculeuse évolutive avec signes de souffrance de la base. Mme B... : 70 % à la ventriculographie et à l'encéphalographie, 5 % à l'adrénaline.

Mlle C... : encéphalographie : 71 % ; histamine : 64 % ; adrénaline : 29 % ; A.C.T.H. : 11 %.

M. G... : encéphalographie : 85 % ; adrénaline : 0 % ; A.C.T.H. : 7 %.

Dans ces trois derniers cas, les deux tests habituels auraient fait penser à une insuffisance hypophyso-surrénalienne et l'on aurait méconnu l'état d'hyperactivité végétative si caractéristique des épilepsies et des états voisins. Ici, tout se passe comme si la stimulation des centres périventriculaires faisait libérer une quantité d'A.C.T.H. équivalant à 75 mgr. et davantage.

Occupant une place intermédiaire, voici, enfin, une myélite subaiguë, qui a présenté une éosinopénie à 50 % après encéphalographie et après A.C.T.H.

On peut donc aller plus avant dans l'exploration fonctionnelle. Cette possibilité nous semble surtout à retenir pour une meilleure connaissance biologique des épilepsies, des maladies mentales et de nombreux syndromes endocriniens, notamment, certaines

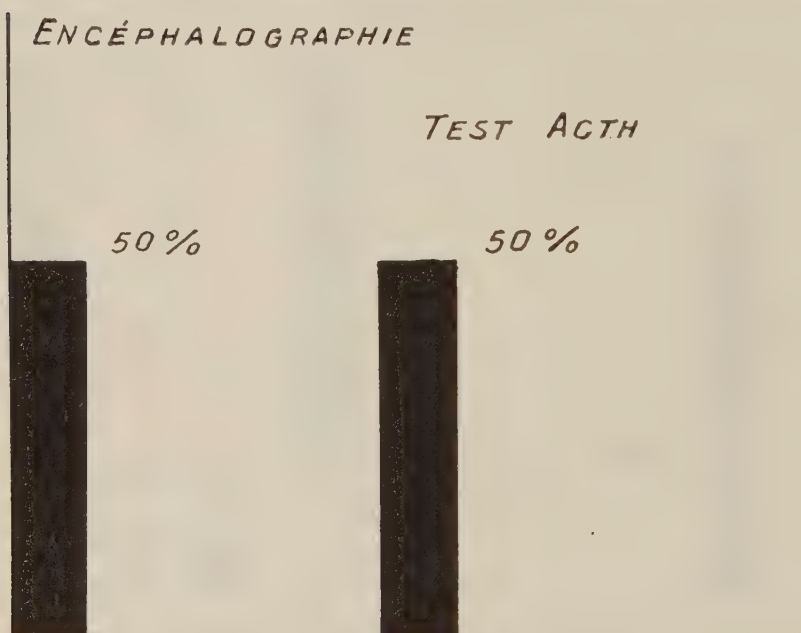


FIG. 7°. — Myélite subaiguë

obésités, cachexies et troubles du développement morphologique, permettant de remonter à la cause de certains infantilismes et hypothyroïdies. Elle nous explique aussi les corrélations anatomiques et fonctionnelles que nous avons observées par l'étude des effets des insufflations intracrâniennes. L'exploration neurologique ou neuro-chirurgicale, tout en donnant des renseignements morphologiques, prend ainsi une valeur neuro-endocrinienne.

La meilleure connaissance physio-pathologique qui peut être acquise par les tests de chute éosinophilique entraîne des applications thérapeutiques, de même que la courbe pré- et post-opératoire en neurochirurgie. Les insuffisances surrénaliennes relèvent de la cortisone ou d'A.C.T.H. à doses modérées. Les

déficiences hypophysaires appellent des stimulants tels que l'insuline. L'oxygénothérapie par voie rachidienne et la convulsivothérapie réalisent une réactivation des centres végétatifs supérieurs.

Lorsque, inversement, on se trouve en présence d'une hyperergie neuro-hypophysaire, l'emploi de la novocaïne, d'antihistaminiques et de barbituriques est tout indiqué. Lereboullet et Benda ont pu vérifier leur aptitude à inhiber les réactions à l'encéphalographie gazeuse. Leur efficacité est démontrée dans les troubles neuro-végétatifs, sécrétoires et psychiques de la chirurgie cérébrale, particulièrement celle qui intéresse la région de la base et le troisième ventricule.

CONCLUSIONS

Le niveau éosinophilique dépend du fonctionnement cortico-surrénalien de l'individu, lui-même subordonné à l'état anatomique et dynamique des centres sus-jacents : hypophyse, diencéphale.

En neuro-chirurgie, il renseigne d'emblée sur l'intensité du stress pré- et post-opératoire, qui est dû non seulement à la maladie en cause, mais à sa proximité des centres défensifs. On ne peut, toutefois, l'interpréter correctement, qu'en appréciant, à chaque stade, la réactivité nerveuse, hypophysaire et surrénalienne, grâce à des stimulations électives et successives du mécanisme neuro-endocrinien d'adaptation.

Ces tests qui explorent, de façon globale ou dissociée, tout un système, sont d'une application aisée. Ils sont basés sur le pourcentage d'éosinopénie après encéphalographie ou ventriculographie gazeuse, injection d'adrénaline ou d'A.C.T.H. Leur simplicité et leur valeur d'information semblent démontrées et concourent à élargir leur champ d'application. Utiles lorsque l'on envisage le pronostic, ils guident le choix d'une thérapeutique inhibitrice (novocaïne, antihistaminiques) ou substitutive (A.C.T.H., cortisone).

BIBLIOGRAPHIE

1. ALBEEAUX-FERNET, DUCOMMUN, JACOT et SELYE (H.). — Le syndrome général d'adaptation et les maladies de l'adaptation. *Encyclopédie médico-chirurgicale. Glandes endocrines*, 1951.
2. ALTSCHULE (M. D.), PARKHURST (B. H.) and TILLOTSON (K. J.). — Decrease in blood eosinophile leukocytes after electrically induced convulsions in man. *Journal of clinical Endocrinology*, 9, 440, 1949.

3. GROS (Cl.), MINVIELLE (J.) et VLAHOVITCH (B.). — Retentissement de la pneumo-encéphalographie sur le système diencephalo-pituito-surrénalien. Ses variations dans les divers états encéphaliques. Note préliminaire. Société des Sciences Médicales de Montpellier (18 mai 1951). *Montpellier médical*, 1951, n° 5, pp. 398-403.
 4. GROS (Cl.), MINVIELLE (J.) et VLAHOVITCH (B.). — Les variations de l'éosinophilie sanguine dans les explorations et interventions neuro-chirurgicales. Valeur pronostique. Essai d'interprétation neuro-endocrinienne. 14^e Congrès de la Société internationale de chirurgie, Paris, septembre 1951.
 5. HUME (D. M.). — Role of the hypothalamus in the pituitary-adrenal cortical response to stress. *Journal of clinical Investigation*, 28, 790, 1949.
 6. LEMAIRE, DELBARRE et MICHARD. — *Les stimulines hypophysaires*. Edition Masson, 1951.
 7. LEREBoullet et BENDA. — Le test de l'éosinopénie au cours de l'encéphalographie gazeuse. Ses rapports avec le syndrome d'alarme de Selye. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1950, n° 23-24, pp. 1207-1216.
 8. REcant, HUME, FORSHAM and THORN. — Effects of epinephrine on pituitary adrenocortical system. *Journal of clinical Endocrinology*, Springfield, 10, 12, 2, 88 (Feb. 1950), pp. 187-230.
 9. ROCHE, THORN and HILLS. — Responses of eosinophiles to pituitary. A.C.T.H. in surgery. *New England Journal of Medicine*, 242, 1950, pp. 307-315.
 10. SELYE (H.). — Le syndrome général d'adaptation et les maladies de l'adaptation. *Annales d'endocrinologie*, t. VII, n° 5-6, 1946, pp. 289-401.
 11. TAGNON. — Hypoglycémie insulinique et éosinophiles sanguins. *Acta clinica belgica*, V, mars-avril 1950, pp. 134-156.
-

INJECTIONS INTRA-CÉRÉBRALES ET PSYCHOSES

Un an d'essais thérapeutiques

PAR

PAUL GUYOT (de Bégard)

Depuis plus d'un an, en collaboration avec M. Paul Abély, nous étudions l'action sur les états mentaux pathologiques, de diverses substances introduites directement dans le cerveau (1).

L'injection intra-cérébrale n'est pas en elle-même une chose nouvelle, non plus que la psycho-chirurgie proprement dite. En 1890, Horsley et Burkhard, au 10^e Congrès de médecine internationale de Berlin, exposaient l'observation de six malades impulsives, dont trois furent améliorées après l'exérèse d'un fragment d'écorce. A quels principes obéissaient-ils en enlevant (selon leurs propres termes) des « foyers » et en « détruisant des fibres d'associations » ? Aux principes mêmes de notre topectomie et de notre lobotomie modernes. Le même Horsley, ainsi que Keen et Deaver, pratiquaient également des excisions corticales chez des épileptiques. Poirier, qui rapporte ces faits dans un de ses ouvrages (2), avec le sous-titre significatif suivant : « Traitement chirurgical des psychoses », ne manque pas de mentionner que, selon Spitzka (13^e Congrès de neurologie de New-York), « on peut pratiquer sans inconvénient des ponctions, des incisions, même des injections dans le cerveau, pourvu que l'on respecte la capsule interne, les noyaux gris centraux et les ventricules ».

Nous commençons à nous faire quelque idée des résultats de la

(1) Rappelons qu'il s'agit de substances pharmacodynamiques, mais non sclérosantes. Cf. publications précédentes in *Annales médico-psychologiques*, mai 1951 ; *Presse médicale*, 14 juillet 1951 ; *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, 1951.

(2) *Topographie cranio-encéphalique*, Paris, 1891.

psycho-chirurgie, dont la pratique s'est si bien répandue de nos jours. Par contre, le domaine des injections intra-cérébrales et de leurs effets est resté à peu près vierge. Nous avons entrepris son exploration et ce sont les enseignements de 174 interventions effectuées sur 101 malades que nous nous proposons d'exposer ici.

Il convient tout d'abord de rappeler les conditions dans lesquelles s'est effectuée cette expérience, et particulièrement les causes d'erreur qui pourraient fausser nos chiffres et nos conclusions. En voici les trois principales.

1. L'absence de précédents nous laissait sans directives précises. Les injections sclérosantes — simples variantes de la lobotomie classique, inaugurées par Egas Moniz et reprises par d'autres — et l'hémothérapie paludéenne unilatérale de Ducosté étaient pour nous d'un faible secours. Elles ne pouvaient nous éclairer, ni sur l'action éventuelle sur le cerveau de substances pharmacodynamiques introduites *in situ*, ni sur la nature des psychoses susceptibles de réagir à cette sollicitation inédite. L'expérimentation animale permettait d'établir la tolérance de l'encéphale au produit injecté avant de passer à l'homme, mais non pas d'observer des modifications psychiques qui lui fussent applicables (1).

Seule, la biochimie cérébrale pouvait nous fournir des idées directrices, mais nos connaissances en la matière sont encore imparfaites (surtout lorsqu'il s'agit des altérations concomitantes aux maladies mentales) et ce fait devait donner à nos hypothèses de départ un caractère fortement conjectural (2).

En matière d'indications, nous en fûmes donc quelque peu réduits à frapper au hasard. Progressivement, certains effets se sont dégagés avec une netteté suffisante pour que nous tâchions de les réobtenir systématiquement. Telle est l'action du glucose sur la dépression affective, de l'acécoline hydrosoluble sur certains états hébéphréniques et paranoïdes et, semble-t-il, de l'acide glutamique sur l'asthénie mentale et ses effets parasites (mentisme, scrupules, obsessions, etc...). A l'inverse, certains corps primitivement employés ont été abandonnés par la suite. Ces tentatives

(1) En effet, il s'agit en l'espèce de veaux et de moutons. Notons toutefois qu'un agneau injecté avec du maxiton a présenté pendant plusieurs jours un véritable état d'excitation cérébrale avec comportement familier et ludique rappelant celui d'animaux plus élevés dans l'échelle domestique.

(2) Voir le récent ouvrage de HENWICH : *Brain Metabolism and Cerebral Disorders*, Baltimore, 1951,

représentent un déchet, mais n'en figurent pas moins dans le bilan général qui sera présenté tout à l'heure.

2. De même, il est fait mention des malades injectés unilatéralement, en raison de la position très antérieure d'un pôle ventriculaire ou de la présence des néocavités créées par une lobotomie précédente. Ces injections unilatérales ne sont généralement suivies d'aucun effet. Elles interviennent pour une certaine part dans le chiffre des échecs.

3. Mais la principale cause d'erreur, même dans le cas idéal où serait établi un franc rapport entre une « substance » et une « maladie » déterminées, reste d'ordre technique. L'injection intra-cérébrale est une opération simple, mais elle demande les plus grands soins pour être effective. Faute de connaître et de respecter certaines règles, l'infiltration du lobe préfrontal n'a pas lieu, l'acte opératoire reste un simulacre et l'on attend vainement l'effet d'une cause qui, en réalité, n'existe pas.

Le cerveau (1) réagit à l'injection comme une masse élastique et déchirable. Il s'oppose d'abord à l'arrivée du liquide par une contre-pression, puis il le refoule par un effet d'élasticité, enfin il se déchire quand les limites de la résistance du parenchyme à la distension sont dépassées.

Ces phénomènes se traduisent pour l'opérateur par les sensations suivantes.

a) En premier lieu, une résistance analogue, si l'on veut, à celle d'une injection intra-veineuse et que l'habitude permet d'apprécier comme « faible », « normale » ou « forte ».

b) Cette résistance devient rapidement élastique. Le piston lâché est refoulé par le liquide, lui-même refoulé dans la seringue comme par une poire de caoutchouc (2).

Si à ce moment, on retire la seringue de l'aiguille, le liquide jaillit en goutte à goutte pressé, voire en jet, et si l'on retire l'aiguille elle-même, cette fuite sous pression (qu'il ne faut pas confondre alors avec l'écoulement du liquide céphalo-rachidien) peut se faire par le trou de trépanation, à travers l'os et la peau. Il faut conclure de ce phénomène que le cerveau peut rejeter le liquide par la voie du canal intra-parenchymateux creusé par

(1) Il s'agit du cerveau vivant, en place dans la boîte crânienne, entouré de ses membranes intactes, et soumis aux pressions sanguine et liquidienne. L'infiltration du cerveau mort, à plus forte raison sur table, ne répond pas aux mêmes lois.

(2) Utiliser une seringue parfaitement étanche, de faible volume (5 cc. au maximum) et dont le piston joue sans résistance.

l'aiguille. Le liquide s'écoule alors soit au dehors, soit — sans contrôle possible — dans les espaces méningés.

Il arrive que cette élasticité ne se manifeste pas, surtout si l'injection n'a pas toute la douceur requise. Dans ce cas, il est à craindre, comme le montrent les injections exécutées à ciel ouvert, que le liquide fasse un simple aller et retour et reflue le *long de l'aiguille* à mesure qu'on le pousse dans la masse nerveuse, pour se répandre à la surface du cortex (1).

c) Au bout d'un certain temps (après l'injection de 3 cc. en moyenne), l'élasticité disparaît. Seule persiste une certaine résistance sensiblement égale à celle du début. Le parenchyme se dilacère devant le liquide qui l'envahit. Quelquefois, ici encore, le liquide, à partir d'une certaine pression, se force tout bonnement un passage de retour le long de l'aiguille.

On s'expose donc, pour ces diverses raisons, à faire de fausses infiltrations du lobe préfrontal, soit qu'il se vide secondairement du liquide injecté, soit même qu'aucune infiltration véritable ne soit réalisée à aucun moment. Nul doute qu'un nombre incontrôlé de nos malades aient été, du moins à nos débuts, opérés dans ces conditions, et que notre statistique soit, de ce fait, entachée d'erreurs.

Comment éprouver méthodiquement l'action d'une substance si son injection même est soumise à de tels aléas ? Le problème de la technique doit donc être considéré tout d'abord et c'est lui que nous allons tenter de résoudre en premier lieu, à la lumière de notre expérience actuelle.

LA TECHNIQUE

Il faut donc que le lobe préfrontal :

- 1° soit infiltré effectivement ;
- 2° n'expulse pas secondairement le liquide injecté.

Pour empêcher le reflux *pendant l'injection*, le canal parenchymateux doit être étroitement coapté sur l'aiguille. Cette condition est liée :

à la lenteur de l'injection, qui doit procéder par petites poussées successives, permettant de vérifier la résistance élastique ;

(1) La coagulation *post-mortem*, en durcissant la masse nerveuse, lui fait ainsi « refuser » l'injection. Les colorants injectés sur le cadavre sont presque toujours retrouvés sur les méninges.

au diamètre de l'aiguille, qui ne doit pas dépasser 10/10^e de millimètre ;

à sa rigoureuse immobilité. Le moindre mouvement latéral entraînant une « leucotomie » minuscule, crée autour de l'aiguille une véritable tranchée d'écoulement dont la présence rend vaine toute tentative d'infiltration.

Ce souci d'immobiliser l'aiguille, condition *sine qua non* du succès, nous a fait adopter la technique suivante (1) : nous introduisons dans le canal cutané-osseux un petit trocard dont le diamètre extérieur est égal à la lumière du canal. Ce trocard, long de 12 mm. et dont l'extrémité ne dépasse pas la table interne de l'os, est saisi dans une pince de Kocher et fermement immobilisé par un aide. Une aiguille bien calibrée glisse dans ce trocard sans jeu latéral et n'a donc aucune tendance à ouvrir autour d'elle une voie favorable au reflux du liquide.

L'injection terminée, reste à empêcher la masse nerveuse d'expulser le liquide à travers le canal intra-parenchymateux. *La solution consiste à obstruer ce canal.* Au moment où nous écrivons, nous avons expérimentalement réalisé cette fermeture sur l'animal, en injectant immédiatement derrière le liquide une gouttelette d'une gelée résorbable fluide à 45° et qui se prend à la température normale des organismes intéressés.

La nécessité majeure d'immobiliser l'aiguille nous a fait jusqu'à présent préférer la trépanation fine à la mèche, à l'intervention ouverte. Celle-ci consiste à découper une rondelle osseuse de 20 mm. et donne un jour précieux sur la dure-mère, puis l'écorce. Elle permet de choisir ou de créer par coagulation une zone avasculaire qui sera perforée sans danger par l'aiguille. Cette garantie de sécurité a peur contre-partie la difficulté fréquente de fixer l'aiguille dans une immobilité absolue, comme elle peut l'être par l'autre technique, et de réaliser une infiltration correcte de l'encéphale.

Quant au danger vasculaire qu'il est logique d'attendre de cette opération « aveugle » (blessure d'un vaisseau dure- ou pie-mérien), il ne s'est, après 348 injections, pas encore manifesté à nous. Ducosté, qui a pratiqué 500 injections, ne rapporte aucun accident de ce genre.

Rappelons que, pour plus de sécurité, nous avons apporté les innovations suivantes : arrêt du foret avant la dure-mère et, à

(1) La trépanation se fait avec un perforateur à mèche créant d'emblée, à travers la peau et l'os, un canal de 2 mm. de diamètre, suivant la technique décrite au Congrès de Rennes de juillet 1951.

partir de cet étage, emploi exclusif d'instruments émoussés. Cependant, il est possible que cette méthode provoque, avec une fréquence incontrôlable, de minuscules hémorragies.

En l'absence d'accidents vasculaires décelables, pour un nombre d'interventions déjà important, il semble légitime de s'en remettre à la statistique pour nous instruire, dans quelque temps, du danger de cette intervention « aveugle », relativement à celle des interventions ouvertes (1).

Pour en terminer avec ces considérations techniques, nous dirons, dès maintenant, un mot des *injections répétées* que nous pratiquons depuis quelque temps, soit pour parer au reflux du liquide, soit pour exercer une action cumulative. Si l'on trépane à la tréphine, un secteur est découpé dans la rondelle osseuse avant sa mise en place. On prend soin de faire coïncider ce secteur avec la zone avasculaire et les injections suivantes sont faites à travers la peau. Dans l'autre technique, nous laissons en place les trocars dont nous avons parlé, en les obturant à l'aide de mandrins ajustés. Ces trocars sont tolérés par l'os et la peau et peuvent être laissés 15 jours en place.

Les aiguilles sont ainsi réintroduites à volonté et l'on peut impunément répéter 7 à 8 fois les injections chez le même malade à 48 heures d'intervalle.

LE MÉCANISME D'ACTION

Ce problème est lié de très près à celui de la technique, en raison de la question primordiale de la dilacération du tissu nerveux et de son rôle éventuel dans les modifications du fonctionnement cérébral. En effet, par analogie avec la lebotomie bilatérale, il est tentant de les attribuer à la déchirure du centre ovale, sous l'action du liquide injecté sous pression.

En fait, il se révèle que ni les causes ni les effets ne sont exactement superposables.

Quelle est l'importance de la dilacération consécutive aux injections intra-cérébrales ?

1° Chez nos animaux d'expérience sacrifiés au bout de 3 à 4 semaines, nous cherchons vainement la trace de nos injections. Un malade de Beaussart, impaludé par voie intra-cérébrale et mort 25 jours plus tard de perforation intestinale, ne présentait aucune trace de l'injection reçue.

(1) Nous avons eu 1 décès, par collapsus, sur 101 opérés.

2° La répétition fréquente des injections au rythme auquel nous les pratiquons aujourd'hui, ne semble pas créer de cavités importantes dans le tissu cérébral. L'aiguille, prisonnière du trocart et donc poussée au même endroit, ne rencontre aucun vide, aucun épanchement liquidien. La résistance à l'injection ne subit pas de baisse importante. Par contre, l'injection des lobotomisés offre les difficultés les plus grandes, en raison des cavités nouvelles que l'aiguille n'évite pas toujours, malgré les changements d'angle et de points d'attaque. On retire de ces cavités néoformées un liquide rosé et légèrement louche.

3° Des mesures précises (1) ont pu être prises sur un malade ayant reçu 4 cc. de sang paludéen et mort 10 jours après l'intervention (asphyxie par bol alimentaire). La cavité avait 18 mm. de long sur 3 à 4 de large, la surface ainsi définie représentait à peine le 1/3 d'un timbre-poste.

On peut s'étonner, à la suite des observations précédentes, que l'introduction de 4 à 5 cc. de liquide sous pression ne dilacère pas davantage le tissu cérébral. Ce que nous avons dit de sa distension, de son élasticité et du reflux partiel du liquide explique probablement le phénomène.

Quoi qu'il en soit, le délabrement opéré par la lobotomie et celui qui succède aux injections ne sont pas du même ordre de grandeur. Les surfaces de section ne peuvent être comparées et il semble bien qu'il faille faire appel à autre chose que cette cause mécanique pour expliquer les améliorations parfois spectaculaires consécutives aux injections intra-cérébrales.

Rappelons, pour terminer, qu'une de nos malades, non améliorée par la lobotomie, l'a été postérieurement par des infiltrations liquidienues. Cette amélioration, survenant *après destruction des connexions fronto-thalamiques*, ne peut manquer d'éveiller l'intérêt à des titres divers. Mais ceci nous conduit à l'étude des « effets », que nous allons exposer maintenant.

LES EFFETS PHYSIOLOGIQUES

Les injections intra-cérébrales semblent avoir leurs effets propres. Reste à savoir si la transfixion des lobes préfrontaux, suivie de leur infiltration par un *liquide quelconque*, suffit à les provoquer, par d'obscurs mécanismes d'excitation, de choc, d'œdème.

(1) D^r Marie Buisson : Thérapeutique intracérébrale de la paralysie générale. Thèse, Paris, 1940.

et autres actions réflexes, ou bien si la substance employée exerce, par sa nature même, une action pharmacodynamique.

Le problème n'est pas résolu, mais certains indices nous inclinent à penser que la nature des corps injectés n'est pas indifférente. Toutefois, le présent exposé n'a d'autre ambition que de réunir un certain nombre de faits.

L'infiltration du « lobe muet » provoque souvent des *paresthésies*, tantôt neutres, tantôt pénibles, dans la région de l'oreille, de l'œil, de la face, du cou. Les malades se plaignent de sensations bizarres ou gênantes dans ces diverses régions, voire à plus grande distance. L'une d'elles accusait une douleur abdominale. Ces troubles de la sensibilité disparaissent en quelques heures.

A l'occasion d'un électrochoc pratiqué 6 jours après une injection de sérum glucosé isotonique, la *conductibilité* électrique de l'ensemble crâne-encéphale nous a paru fortement modifiée. Nous nous sommes alors livré à des mesures systématiques après injections répétées d'acécoline et nous avons observé une augmentation de la résistance du cerveau. Ces recherches n'ont été, jusqu'à présent, pratiquées que sur 3 malades, mais leurs résultats semblent converger.

Voici un exemple des chiffres relevés (Mme D..., mélancolie délirante) :

Dates des injections	Intensité mesurée avant et après chaque injection (en milliampères)	
	Tension : 3 V.	
4 février	84	
	42	
6 février	44	
	44	
8 février	12	
	9	
11 février	3	
	1	

Les modifications pupillaires sont fréquentes. Nous les avons déjà signalées ailleurs. Il s'agit de mydriase ou de myosis, passagers, souvent importants et unilatéraux, ou de troubles plus discrets de l'accommodation, dont les malades se plaignent pendant quelques jours.

Le maxiton provoque une *réaction vasculaire violente* avec congestion intense de la face, qui devient rouge framboise, et probablement hyperhémie cérébrale simultanée. L'intensité de ces

réactions est sans commune mesure avec celles qu'on observe en utilisant la voie intra-veineuse.

Une préparation contenant de l'acide glutamique provoque, à une certaine dose, *des mouvements automatiques de succion* que nous avons observés à trois reprises chez l'animal et chez l'homme, et uniquement avec ce produit.

A la suite d'une injection d'acécoline, nous avons observé, chez une schizophrène, une *hypersécrétion sébacée extraordinaire* (1) (suivie d'une folliculite de la face et du cuir chevelu qui nous obligea à interrompre le traitement).

En même temps, nous avons observé, chez la même malade, une *chute importante de la glycémie* (de 1 gr. 20 à 0 gr. 80).

Les convulsions, voire l'état de mal, peuvent être provoqués par n'importe quelle substance, si elle est introduite dans certaines conditions, parmi lesquelles nous incriminerions volontiers : la trop grande rapidité de l'injection, la température froide du liquide, l'inondation des ventricules, l'irritation cortico-méningée par reflux massif du liquide (2), l'imparfaite immobilisation du malade pendant les deux heures qui suivent l'intervention. Mais certaines substances sont convulsivantes avec une fréquence singulière : ainsi le maxiton, les vitamines B, le tétranium, qu'il faut manier avec une extrême prudence, et l'acide ascorbique. Une expérience faite avec ce dernier est particulièrement concluante. Injecté avec du sérum glucosé, il provoque presque immédiatement des crises d'épilepsie. Avec le sang du sujet, qui retarde la diffusion et par conséquent l'action éventuelle de l'acide ascorbique, les crises n'apparaissent qu'au bout de quatre heures.

L'injection d'acécoline, par contre, ne s'accompagne jamais d'accidents convulsifs. Devons-nous voir ici l'effet d'une action « anti-convulsive » ?

Signalons enfin qu'à deux reprises, à la suite d'injection de sérum glucosé *hypertonique*, nous avons observé *l'aggravation* de l'anxiété chez deux malades dont l'une avait été soulagée précédemment par le sérum *isotonique*.

Enfin, avant d'en venir aux effets thérapeutiques proprement dits, il importe de savoir qu'en l'absence de tout effet apparent, les

(1) La genèse du sebum serait pour certains un phénomène parasympathique (H. JANSION et P. BENARS, *Bulletin de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1949, n° 5).

(2) Signalons qu'un certain nombre de crises sont du type Bravais-Jacksonien avec généralisation secondaire.

L'irritation des zones sensibles joue peut-être un rôle (la malade étant en décubitus dorsal) dans certaines des paresthésies signalées plus haut.

injections peuvent entraîner des *modifications latentes de l'équilibre biologique de l'encéphale*, qui se révèlent à l'occasion d'un examen ou d'une action secondaire et, sans eux, resteraient ignorées. Il en est ainsi des modifications de la résistance électrique dont nous avons parlé plus haut, *ainsi, de l'aptitude du cerveau injecté à répondre à des excitations auxquelles il restait jusqu'alors, ou était devenu indifférent*. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce dernier phénomène et sur son intérêt thérapeutique.

LES EFFETS THÉRAPEUTIQUES

Voici maintenant, résumés en un bref tableau, les résultats cliniques positifs que nous avons obtenus. Ils portent sur 101 malades, opérés du mois de décembre 1950 à la fin du mois de février 1952.

A) *Démences précoces* (hébéphrénocatatonie ou psychose paranoïde) : 45 (dont 23 réinjectés à quelques mois d'intervalle).

Résultats : 8 sorties, dont : 4 cliniquement guéries et se maintenant ainsi depuis 9 mois, 6 mois et 3 mois, 4 très nettement améliorées, mais incomplètement, vie sociale suffisante depuis 5 mois et 4 mois ; 1 guérison clinique récente, actuellement encore en observation ; 14 améliorations nettes, rendant la vie dans le service très acceptable (travaillant aux ateliers), mais ne permettant pas encore la sortie ; 22 insuccès totaux ou partiels, avec cependant, dans 70 % des cas, une amélioration du comportement.

B) *Syndromes délirants* (type psychose hallucinatoire chronique) : 14 cas traités.

Après une guérison spectaculaire de quelques jours à un mois : rechute générale, sauf deux.

L'une, qui tient depuis 3 mois, avait été opérée une seule fois, puis soumise à une insufflation rachidienne d'oxygène.

L'observation de la seconde, Mme R..., injectée 5 fois, sera exposée plus loin en détail.

C) *Syndromes mélancoliques ou anxieux* : 18 cas traités.

15 sorties, dont : 11 tiennent depuis un temps variable de 14 mois à quelques semaines, 4 autres ont récidivé au bout de 4 mois environ, 3 insuccès.

D) *Asthénies mentales. Obsédées* : 6 cas traités.

5 guérisons cliniques, dont : 4 sorties, étagées de 10 mois à 5 semaines, 1 sortie imminente, apparemment guérie depuis 3 mois.

E) *Cénesthopathies* : 5 cas traités.

5 améliorations : 4 rechutes (de 3 à 5 mois), 1 guérison apparemment stable depuis 7 mois.

F) *Psychose maniaco-dépressive à type paranoïaque ou maniaque* : 5 cas traités.

1 sortie guérie depuis 3 mois, 2 améliorations incomplètes, 2 succès.

G) *Déséquilibrées* : 4 cas traités.

2 succès temporaires de 4 mois (rechute), 1 opérée récente, dont nous sommes sans nouvelles, 1 dont la transformation clinique fera l'objet d'une observation plus détaillée (voir plus loin : Mlle L. B...).

H) *Une épileptique* injectée une fois au gardénal, une fois à l'acéchole. (Insuccès complet).

I) *Une arriérée impulsive*, injectée à l'acide glutamique. Insuccès.

J) *Deux syndromes délirants alcooliques* à évolution chronique. Simple amélioration de l'impulsivité (injectée une fois).

Ces chiffres étant posés, nous allons maintenant esquisser une étude qualitative des modifications psychiques que nous avons observées.

1° Il se confirme que l'amélioration, quand elle se produit, peut être constatée dans la journée même. Elle n'est en effet masquée par aucune obtusion ou confusion post-opératoire. Par contre, certaines malades n'ont réagi favorablement qu'au bout de 10 jours.

2° Les psychoses les plus diverses peuvent être influencées.

Les états dépressifs, l'asthénie mentale, l'obsession, la mélancolie présénile réagissent habituellement bien.

Mlle B..., employée des postes, cesse son travail pour « fatigue mentale ». Inaptitude aux opérations intellectuelles, attention déficitaire, imprécision de la pensée, dégoût de l'effort, rendement rapidement nul. Préoccupations hypocondriaques, malaises, troubles cénesthésiques. Angoisses. Apparition d'obsessions d'ordre sexuel, qui dominent rapidement la scène. Évolution depuis deux ans. Entrée à Bégard le 4 juin 1951.

Injectée une première fois le 26 juillet, présente une bonne amé-

lioration suivie, au bout de deux mois, d'une tendance à la rechute. Réinjectée les 30 novembre et 3 décembre, avec un mélange de sérum glucosé isotonique et d'acide glutamique, elle présente, dans les jours qui suivent, tous les signes d'une guérison clinique, qui se maintient depuis trois mois. Un traitement de consolidation par le glutaminol a été institué.

Mm P..., 65 ans, en voie de sénilisation, fait pour la cinquième fois, depuis trois ans, un accès dépressif avec insomnie, inertie et semi-mutisme. Eléments confusionnels liés à la sénescence. Entrée à Bégard le 22 janvier. Reçoit, les 4, 6 et 8 février, des extraits placentaires. Disparition de la dépression affective, de l'inertie et de la confusion. Euphorie physique et mentale. Sort le 23 février.

Il existe d'autres thérapeutiques de ces syndromes mentaux, que nous avons entrepris ici uniquement en raison de leur caractère tenace ou récidivant. Il semblera moins banal que des psychoses paranoïdes, rebelles aux traitements classiques, soient rapidement remplacées par toutes les apparences d'un état normal, ou que certains syndromes discordants, avec bizarreries, maniérisme, étrangeté des préoccupations, extravagances, impulsivité agressive par intervalles (ex. : Mlle A..., 26 ans, dont la « schizophrénie » diversement traitée, évolue depuis 9 ans), disparaissent après 4 injections bilatérales d'acéchole. Mais il est remarquable que certains états morbides invétérés, voués par la tradition clinique à une évolution sans retour, soient guéris d'une façon quasi-instantanée par l'infiltration de lobes préfrontaux. Cinq psychoses hallucinatoires chroniques ont ainsi été interrompues. Ces arrêts des processus morbides, fussent-ils temporaires, de tels faits ne peuvent manquer de provoquer un remaniement des notions psycho-pathologiques actuellement accréditées. En dehors des psychoses grossièrement organiques, y a-t-il des psychoses irréversibles ?

3° *L'amélioration est globale ou partielle.* A l'opposé des observations précédentes, avec effacement général du tableau clinique, la suivante présente une transformation partielle.

Mme H... est une mélancolique délirante chronique. Le début de la psychose remonte à 15 ans. Délire actif d'auto-accusation à thème mystique. Réactions anxieuses permanentes. Désadaptation sociale complète.

Injectée le 17 mai 1951 (sérum glucosé isotonique). Persistance du délire. Changement radical de la réaction de la personnalité à ses convictions délirantes. Discordance entre le thème délirant inchangé

et le ton affectif avec lequel il est exposé. Disparition de l'anxiété. Modification consécutive du comportement (reprend le travail). Etat stationnaire depuis neuf mois. En dehors de cette transformation de son « humeur délirante », Mme H... reste très affective, en particulier dans ses relations sociales.

4° *Nos apparentes guérisons, en effet, ne s'accompagnent pas des modifications radicales et massives qu'on observe parfois après certaines sections du centre ovale*, dans la vie affective du malade. S'il perd son anxiété morbide avec son cortège mélancolique, obsessionnel ou délirant, le sujet conserve son aptitude à l'angoisse et à la douleur morale, et parfois ses tendances dépressives. Sa « constitution » demeure inchangée. Il s'interroge sur son état, son passé pathologique et son avenir, qui souvent l'inquiète. On n'observe pas chez lui cette insouciance préfrontale, ce déficit affectif qui, en diminuant son « irritabilité », au sens le plus largement biologique du terme, le protège contre les traumatismes affectifs et constitue peut-être une garantie de stabilité. Le malade injecté, sorti de son épisode pathologique, redevient lui-même et reste vulnérable. La psychothérapie, avec toutes les considérations qu'elle comporte sur le milieu social qui doit accueillir le malade après sa « guérison », prend alors une importance de premier plan.

Le milieu hospitalier peut être une cause de rechute rapide, et les meilleurs résultats sont obtenus, soit grâce au « pavillon de convalescents », soit par la sortie précoce.

5° *La durée des transformations psychiques* est très variable. Notre première opérée (psychose puerpérale ancienne) évoluant vers la désagrégation psychique, rebelle aux électrochocs, aux insufflations rachidiennes d'oxygène, aux cures répétées de Sakel, opérée à Begard en décembre 1950, et sortie en mars 1951, se maintient depuis un an en milieu familial.

Par contre, dans un cas d'agitation catatonique, l'effet thérapeutique s'est évanoui en quelques heures sous nos yeux, nous donnant l'impression d'avoir à peine dérangé un équilibre qui s'est bientôt rétabli de lui-même.

Entre ces cas extrêmes, si l'on se rapporte au bilan qui ouvre ce chapitre, certaines de nos malades ont rechuté dans un délai plus ou moins court, d'autres sont actuellement sorties depuis un temps qui s'échelonne entre 14 mois et quelques semaines.

6° Il semble que nos résultats actuels soient plus constants et moins fragiles que ceux qui ont suivi nos premières tentatives.

En effet, depuis environ 6 mois, nous avons abordé le problème de la stabilisation par les deux procédés suivants : 1° répétition des injections ; 2° application d'un traitement complémentaire, sans perdre de vue bien entendu celui du choix de la substance adéquate.

A) Nous avons exposé plus haut *la technique des injections répétées*. Jusqu'à plus ample informé, elles peuvent l'être, par notre méthode, jusqu'à 7 fois de suite sans inconvénient. Les résultats ainsi obtenus semblent plus nets. La répétition à distance est également mise à l'épreuve.

Mme R..., 31 ans, entre une première fois à Bégard le 2 septembre 1950 avec un syndrome délirant et hallucinatoire. Anxiété, Hallucinations cénesthésiques et auditives. Interprétations. Idées délirantes de persécution, intervention diabolique. Reçoit 8 électro-chocs. Sédation de l'anxiété et des troubles du comportement. Rectification douteuse du délire. Sort sur la demande de son mari.

Reprise rapide de l'activité délirante dans le milieu familial. Grossesse intercurrente. Rehospitalisation à l'hôpital psychiatrique le 12 juin 1951. Hallucinations polysensorielles, délire, grande agitation anxieuse. Sortie temporaire en août pour accouchement (hôpital civil de Saint-Brieuc). Réintégration immédiate.

Diagnostic à cette époque : psychose hallucinatoire et délirante évoluant depuis deux ans et d'allure progressive.

Injectée les 23 et 25 octobre 1951, en pleine agitation anxieuse. Sédation complète de l'anxiété et de l'activité délirante. Guérison clinique, avec *restitutio ad integrum* apparente.

Rechute brutale au bout de quatre semaines, à la suite d'une visite de son mari. Réapparition des hallucinations cénesthésiques, puis auditives, puis du syndrome délirant au complet.

Réinjectée à trois reprises (sérum glucosé isotonique, plus acécoline). Nouvelle guérison clinique. Cette seconde « rémission » dure depuis trois mois. Nous n'observons jusqu'à présent aucune reprise de l'activité hallucinatoire. Mme R... semble stabilisée dans une sorte d'humeur chagrine avec irritabilité prémenstruelle, qui préexistait à sa psychose.

Mme D..., mélancolique délirante avec opposition, occlusion des paupières, refus d'alimentation, inertie, mutisme ; traitée depuis deux ans en maison de santé, par électro-chocs et cures répétées de Sakel sans résultat, reçoit une première série d'injections de tétranium (six injections). Disparition éphémère de l'opposition. Réinjectée à quatre reprises, du 4 au 11 février, présente une transformation totale de son comportement : se lève, s'habille, fait sa toilette, mange, parle, se livre à quelques travaux ménagers, accepte la compagnie et la conversation de ses voisins.

B) *L'application d'un traitement complémentaire* nous a été suggérée par l'observation suivante :

Mme D. L..., âgée de 63 ans, est une périodique ancienne. Nombreux accès mélancoliques au cours de sa vie. Cicatrices multiples au cou et aux poignets. Devenue progressivement rebelle à tous les traitements classiques, en particulier à l'électro-choc. Rangée parmi les chroniques non récupérables, est dirigée sur l'hôpital psychiatrique de Bégard. Une première injection bilatérale de sérum glucosé hypertonique aggrave nettement son anxiété (19 juin). Une injection d'extraits placentaires, le 30 juin, amène une guérison clinique de 24 heures. Une seconde et identique injection (11 juillet) est suivie du même résultat. La rupture d'équilibre se reproduit aussi vite.

Nous pratiquons alors deux électro-chocs, dont l'effet est immédiat et se maintient jusqu'à ce jour, c'est-à-dire depuis sept mois.

Mme L..., grande anxieuse obsédée (impulsion à tuer son mari), traitée depuis quatre ans, sans résultat, par l'électro-choc, est apparemment guérie dans des conditions analogues.

Nous exposerons plus en détail l'observation de Mlle H..., parce qu'elle fait soupçonner un *effet à distance*.

Elle présente un syndrome complexe, dans lequel dominent l'angoisse et les obsessions sexuelles. A plusieurs reprises, apparentes poussées évolutives sous forme d'états catatoniques graves, qui font poser le diagnostic de schizophrénie. Electro-chocs et cures de Sakel à répétition, sans effet durable. Les électro-chocs, en particulier, deviennent complètement inefficaces. Injectée le 12 mai 1951 (sérum glucosé + acéchole), elle « guérit » rapidement et sort le 24 juillet. Rechute en décembre, après séjour en milieu particulièrement traumatisant, dans lequel elle s'entend reprocher sa maladie. Deux électro-chocs, trois mois après l'intervention, entraînent la guérison clinique.

De tels faits nous ont fait soupçonner, en l'absence d'effets apparents, l'existence de modifications latentes (et c'est pourquoi nous entreprenons une série de recherches, telles, par exemple, que les variations électriques précédemment rapportées) et l'éventualité d'une sensibilisation nouvelle de l'encéphale à des stimuli dont l'effet était épuisé ; sensibilisation qui pourrait être dès maintenant exploitée dans un but thérapeutique. M. Paul Abély a ainsi obtenu, par le moyen de l'insufflation intrarachidienne d'oxygène, 6 jours après l'intervention, la guérison de trois malades réfractaires jusque-là à ce mode de traitement.

Nous terminerons cet exposé en rapportant une observation différente des précédentes, mais qui offre un intérêt du même ordre.

Mlle L. B... présente un syndrome « atypique », dans lequel prédominent l'anxiété et la colère morbide. Des périodes d'agitation extrêmement violente de trois à quatre semaines, faites d'un état permanent de fureur et séparées par de brèves et incomplètes rémissions, l'épuisent progressivement. Elle reçoit de nombreux électrochocs sans résultat. Une cure de Sakel entraîne une sédation éphémère. Injectée à quatre reprises (sérum glucosé isotonique + acéchole), en pleine agitation anxieuse, elle se calme, devient sociable, déclare « qu'on lui a mis le rire dans la tête ». Trois semaines plus tard, état dépressif simple et modéré, qui disparaît spontanément au bout de cinq jours. *Cet accident coïncide avec ses règles.* Au cours des trois mois qui suivent, le même phénomène se reproduit dans les mêmes conditions. La psychose est atténuée et devenue cyclique. Un traitement hormonal est institué, dont nous attendons le résultat. *Sous cette transformation du tableau clinique, existe-t-il une modification de l'encéphale et de ses réactions aux agents d'agression ?*

CONCLUSION

L'intérêt expérimental de ces recherches apparaît dans les quelques effets physiologiques que nous avons rapportés à titre d'exemple, sans essayer aucunement de les interpréter. De tels faits demandent à être d'abord collectés en grand nombre. Alors, nous pourrions peut-être leur demander des éclaircissements sur la physiologie si mal connue du lobe préfrontal, particulièrement dans le domaine neuro-végétatif.

Leur intérêt thérapeutique semble désormais chose acquise. Certains états dépressifs, asthéniques, obsessionnels, préséniles, schizophréniques, d'une indifférence éprouvée aux thérapeutiques courantes, ont réagi favorablement, parfois avec une facilité déconcertante. Des psychoses hallucinatoires et délirantes, dites chroniques, ont été interrompues dans leur évolution et deux d'entre elles sont toujours en rémission depuis trois mois.

Quant au mode d'action, il serait vain pour l'instant de vouloir en connaître. Qu'il nous soit permis pourtant de donner une impression. De par son extrême simplicité et l'instantanéité de son effet, l'injection intracérébrale évoque cette « chiquenaude » qui remet en marche les tortues électroniques tombées en panne et chez lesquelles un laborieux et minutieux démontage ne met aucune « lésion » en lumière. La science se tourne chaque jour davantage vers l'infiniment petit et découvre en fin de compte des phénomènes électriques. La médecine et la psychiatrie n'échappent pas à ce mouvement. On sait désormais que l'élaboration et

la circulation de l'influx nerveux dépendent des variations de polarisation du neurone, sous l'effet d'afférences de sens opposés. Si l'on réfléchit au nombre énorme des neurones, dont certains entrent en contact avec un millier de synapses, qui peuvent recevoir un bombardement d'afférences de l'ordre de 100.000 par seconde, et se trouvent dans un état d'interdépendance presque générale, le cerveau apparaît (par cet aspect particulier de sa structure) comme un appareil électronique dont la complexité et la délicatesse défient l'analyse. Il nous semble indispensable d'avoir désormais ces notions présentes à l'esprit, quand on entreprend d'agir directement sur l'encéphale et d'interpréter cette action. Dire par exemple que la lobotomie agit en rompant les amarres affectives des représentations mentales, est une explication simple, mais probablement inféconde, car elle reste trop générale et ne serre pas la réalité d'assez près. Elle ne tient pas compte du bouleversement qu'apportent, dans la vie de nombreuses cellules, la rupture massive de certains circuits et la suppression de milliers d'afférences, bouleversement qui se fait sans doute en de nombreuses directions et retentit sur l'ensemble de l'appareil.

Les transformations radicales de certains états mentaux, la levée de certains barrages, la libération de certaines anxiétés au prix d'une action minime : l'introduction *in situ* d'une faible quantité d'un corps chimique, relèvent probablement d'une modification de l'équilibre électronique du cerveau. Cette modification doit être plus fine qu'après une section, si l'on en juge d'après l'état mental post-opératoire. Elle peut être aussi plus ou moins localisée.

Cette dernière éventualité retiendra notre attention. En effet, une multitude de possibilités, mais aussi de problèmes nouveaux, s'offrent à nous. L'un des plus urgents est assurément celui de la diffusion du liquide. Le point d'injection peut être déterminé d'une façon précise, mais le sort du liquide et les conditions de sa résorption nous sont inconnus. Existe-t-il une circulation interstitielle et des courants translobaires comme le voulaient Von Monakov et son école ? Le liquide diffuse-t-il uniformément, ou bien est-il entraîné dans certaines directions ? La solution de ce problème établira du coup s'il existe un rapport entre l'imprégnation de certaines aires ou régions et certains effets bien déterminés, et fournira éventuellement des directives techniques.

Ces hypothèses et ces actions mécaniques, loin de l'en détourner, ramènent notre attention sur l'élément psychologique du problème. En vérité, il s'agit en fin de compte de phénomènes du

même ordre. La cellule nerveuse, hautement spécialisée dans la réception des excitations venues du monde extérieur, trouve dans celles-ci le premier aliment de son activité. Si, par une action mécanique, chimique, ou électrique, nous arrivons à modifier les conditions intrinsèques du fonctionnement du neurone, il n'en reste pas moins que les stimuli du milieu environnant commandent ou inhibent, au premier chef, son activité et que c'est d'eux que dépend finalement l'équilibre fonctionnel du cerveau. C'est pourquoi il n'existera jamais, en psychochirurgie, d'opération passe-partout. L'expérience d'une année, après 174 interventions, confirme à nos yeux l'importance des facteurs psychologiques de stabilisation, c'est-à-dire de la psychothérapie associée, de la réadaptation et, en dernier ressort, du milieu qui accueillera le malade après sa guérison clinique.

**MÉTHODE PROJECTIVE
POUR L'ÉTUDE PSYCHOLOGIQUE
DES POPULATIONS PRIMITIVES :
LE TEST IDÉOGRAPHIQUE**

*avec une référence spéciale aux écritures des aborigènes
du plateau bolivien*

PAR

VICTOR A. LITTER
(de Tucuman, Argentine)

L'évolution de l'esprit humain, depuis le moment où nos ancêtres les plus reculés ne pouvaient guère être considérés comme des êtres humains jusqu'au jour où la mentalité contemporaine d'un Einstein peut exprimer une loi de la nature au moyen d'une équation différentielle, s'est développée d'une façon vraiment surprenante.

L'étude des étapes les plus primitives de la pensée, de même que les caractéristiques patrimoniales des êtres humains, revient à l'ethnologie, dans sa conception la plus étendue. Mais, pour remplir sa tâche, cette science a dû avoir recours aux méthodes, aux techniques et aux conclusions de la psychologie en ce qui concerne la vie mentale et ses corrélations. Et cela n'est devenu possible que lorsque ces deux disciplines atteignirent une relative maturité, favorable aux possibilités auxquelles il a été fait allusion.

La description de ces efforts est ici hors de propos ; ce sera d'ailleurs l'objet d'un prochain travail. Nous allons seulement nous borner à signaler que, depuis le commencement de ce siècle, les contributions de la psychologie à l'ethnologie ont permis à cette dernière de surmonter la crise dont elle était atteinte. C'est dans l'ethnologie nord-américaine que ce processus a été plus

évident et, dans ce domaine, nous devons mentionner d'une façon spéciale son distingué maître, Franz Boas, qui, dans divers travaux comme « *The Mind of Man* » (1911-1938) et surtout « *The methods of Ethnology* » (1920), s'est préoccupé d'orienter toute une génération de disciples vers cette nouvelle voie méthodologique.

Ce nouveau courant, dont le remarquable développement lui a permis d'être actuellement considéré comme ayant des caractéristiques particulières, la psychologie ethnique ou ethno-psychologie, a employé, entre autres, la psychométrie, ou psychotechnique selon Munsterberger, comme technique d'investigation. Les premiers antécédents remontent à l'époque de l'« Expédition au Détroit de Torres » (1898), et du « Congrès des Races » (1904), qui eut lieu à Saint-Louis, U.S.A., au moment de l'Exposition mondiale. Depuis lors, des méthodes différentes ont été employées en diverses occasions pour étudier la psychologie des peuples primitifs. Parmi ces méthodes, on doit spécialement distinguer celles qui ont été groupées sous le nom général de « tests ». Une preuve de leur grande efficacité pratique nous est donnée par leurs applications si diverses, qui vont depuis la pédagogie jusqu'à l'orientation professionnelle, dans notre civilisation occidentale, et par l'existence de plus de 3.000 épreuves pour l'étude des différentes caractéristiques mentales.

Les épreuves qui ont atteint actuellement le plus grand développement sont celles désignées sous le nom de techniques projectives d'après la classification de Stevenson et Neal. La lecture des chapitres XIV et XV de la « *Psychologie sociale* », de L.-L. Bernard, et la bibliographie correspondante, montrent d'une façon immédiate le vaste terrain que la psychotechnique occupe dans le domaine des études ethniques. Signalons les travaux remarquables d'investigateurs tels que Cora Du Bois (1), Herbert Baldus, M. et R. Bleuler, Florence Goodenough (1), Jules Henry (1), A. Irwing Hallowell (1), W. S. Hunter, Otto Klineberg, Margaret Mead (1), C. Oberholzer (1), S. D. Porteus, et bien d'autres que nous ne pourrions citer ici.

Les importants résultats obtenus par ces investigateurs et les prémisses qu'on doit à l'investigation théorique, spécialement des hommes de science allemands et nord-américains (Theodor Wilhelm Danzel, Hans Dietschy, Georges Hoeltker, Abram Kardiner (1), Ralph Linton (1), Bronislaw Malinowski (2), Lloyd Warner (1), Werner Wolf), nous ont mené à l'étude des mécanis-

(1) Ces auteurs sont nord-américains.

(2) Ce dernier est un auteur anglais.

mes psychologiques de l'écriture des aborigènes de la Bolivie, au moyen de la technique projective, et par extension, au symbolisme des graphies primitives.

La découverte, par Dick Edgar Ibarra Grasso, de l'écriture avec des caractères nettement primitifs, qui était encore employée en certains endroits de la Bolivie, le contenu évidemment symbolique des signes employés, a été pour nous une puissante incitation à essayer avec ces signes la méthode comparative.

L'idée qui en découle, d'obtenir la répétition des éléments graphiques plus ou moins simples dans les écritures les plus primitives du globe et, par ce moyen, de tenter de remplir beaucoup de lacunes qu'on trouve dans les syllabaires et pseudo-alphabets primitifs, nous a incité à confectionner une épreuve standardisée permettant, par élimination sélective, d'écrire de nouveau les idées, les sentiments ou les objets des primitifs.

Les idéo-engrammes obtenus seraient soumis aux lois de la psychologie dynamique qui s'applique surtout à l'interprétation des rêves. Pour organiser ce test, dont le maniement facile est la condition primordiale, nous nous sommes tenu un peu à côté de tout traité de psycho-technique ou de tout autre élément semblable qui pourrait nous gêner dans notre tâche. Cette règle n'a pas été pour nous une difficulté, mais une garantie. Les seuls pré-concepts, pourtant inévitables, ont été notre connaissance des tests déjà soumis à une longue et persistante expérience quotidienne.

Nous avons obtenu les premiers résultats du test en question, en gardant ainsi une prudente distance mentale, et en prenant comme guide unique et indispensable les textes des écritures trouvées par notre ami Ibarra Grasso. Le test est composé de mots et de phrases représentant les symboles que l'on trouve le plus fréquemment dans les textes. Les textes avec lesquels nous avons le plus travaillé ont été l'« Ave María » et l'« Hymne national Argentin », traduit en quechua et écrit de façon idéographique par le Révérend Père Porfirio Miranda Rivera, de la vicarie foraine de San Lucas, Cinti, Bolivie (Voir : Dick Edgar Ibarra Grasso : « Una antigua escritura de la región andina », en *Memorias de la Sociedad Argentina de Antropología*, III, 1942, Bs. As., 219-39 ; *idem* : « El Ave María en la escritura quechua », en *Revista Geográfica Americana*, Bs. As., XIX, 1943, 287-93 ; *idem* : « La escritura indígena andina », en *Annali Lateranensi*, vol. XII, pages 9-124, Vaticano, 1948, et nombreux articles dans : « Aquí Está », Bs. As. ; journaux « La Razón » et « La Calle » de Bolivie et « Tropico » de Tucumán).

Dans la transcription du test, nous verrons par la suite que, dans les textes mentionnés, il a été choisi des mots pour leur signification animique, religieuse ou terrestre, ou pour leur fréquence ; à côté de mots ayant un sens concret, tels que « chien », « bouche » et « dent », on emploie le mot « vierge », dans sa double signification religieuse et sexuelle ; des mots émotifs tels que « aimer-adorer » (au degré superlatif) et « crainte-peur » (au degré superlatif inverse) et pareillement des mots à signification abstraite. Le fait est que nous avons utilisé le plus grand nombre de mots qui se retrouvent le plus fréquemment dans les langues primitives. On s'est servi également, pour ce choix, de quelques concepts fondamentaux du langage des primitifs, d'après Boas (Voir : « *The Mind of Primitive Man* », pages 204-208).

Pour les « instructions spéciales », nous avons appliqué les règles générales des tests, mais la suggestion « qu'ils inventent le signe », dans le cas « qu'ils l'ignorent » ou « qu'ils ne voudraient pas l'écrire », nous a été donnée par les expériences préalables à la confection du test. La caractéristique *bustrophedon*, qui caractérise les écritures les plus anciennes, est la raison pour laquelle celui qui opère avec le test doit « choisir la direction de l'écriture ».

Si l'on considère que le test est composé de termes qui sont communs à toutes les expériences à réaliser, et par conséquent qui obéissent à des impulsions identiques, nous sommes à même d'obtenir, au moyen d'un grand nombre d'expériences, une série d'images idéographiques fondamentales, réduites à la moindre expression par la méthode des associations libres. Cela arrivera surtout chez les peuples les plus primitifs, où le patrimoine matériel est plus limité que le nôtre, ce qui réduit remarquablement l'ensemble des symboles. Il n'est pas difficile de concevoir que le processus d'alphabétisation, dans des communautés primitives, ait été semblable à celui que nous proposons artificiellement ici.

Une fois le test obtenu en lignes générales, l'étape suivante a consisté à le comparer avec les expériences du même genre, s'il y en avait, pour en montrer les différences et en corriger les déficiences. En le comparant avec ses correspondants dans la technique projective les plus largement étudiés (d'après l'opinion de Florence Halpern, le T.A.T. (Thematic Apperception Test), le test d'apperception thématique, et le psycho-diagnostic de Rorschach, nous arrivons à la conclusion inattendue que notre test constitue une épreuve inverse du Rorschach. Tandis que ce dernier consiste en figures et dessins de différente nature, dont le but est de provoquer par la parole l'expression la plus exacte possible de la person-

nalité animique, le nôtre paraît être son opposé, parce qu'il est constitué par des mots à signification animique, qui tendent à provoquer une expression graphique ou dessin. En tenant surtout compte des nombreuses expériences faites jusqu'ici par Rorschach, nous avons été assez surpris de constater le fait que personne n'ait tenté de réaliser l'épreuve dans le sens inverse, pas même sous l'empire de la loi expérimentale (1).

Récemment, aux Etats-Unis, Ernst Harms (« *Kinderkunst als diagnostisches Hilfsmittel bei infantilen Neurosen* », en *Zeitsch. für Kinderpsychiatrie*, Basel (Schweiz), VI, 1940, 129-43), a formulé un test très semblable au nôtre par sa technique, et ayant pour but l'emploi des productions de l'art enfantin pour le diagnostic psychologique, spécialement des névroses. La technique employée par Harms et par nous, dans les deux cas, avec des buts et des moyens différents, est assez familière aux psychologues et aux ethnologues. Le dessin libre comme élément de diagnostic et de comparaison entre des enfants et des primitifs, a été essayé par un grand nombre d'investigateurs. On peut mentionner les efforts simplement comparatifs de Degaller, Du Bois, van Gennep, Koch-Grunberg, Rouma et Verworn ; en entrant déjà dans le domaine de l'esthétique, on doit citer les figures de Boas et Frobenius, de même que Hjalmar Stolpe, qui a envisagé le problème des origines du point de vue de la psychologie de la « Gestalt » ; on doit aussi citer, comme ayant des soucis esthétiques, l'investigatrice argentine, Ana Biró de Stern.

La technique projective n'a pas d'antécédents dans son application aux peuples primitifs, exception faite des analyses clinico-psychologiques ou pédagogiques. Cela nous a permis de surmonter quelques difficultés qui se dégagent de la mise en pratique d'épreuves standardisées, spécialement du Rorschach, nées de l'application à d'autres cultures, d'une technique particulière à la civilisation occidentale. Notre test paraît avoir vaincu certaines de ces difficultés. En premier lieu, celles dues au facteur langage, qui comprennent depuis les déficiences de vocabulaire jusqu'aux impossibilités de traduction ou à la simple méconnaissance des

(1) Les dessins qui complètent l'épreuve de Rorschach employée surtout pour la compréhension des réponses F n'ont pas une relation immédiate avec notre test idéographique. Ils servent de complément à l'épreuve nommée, de même que dans notre test sert de complément la phrase explicative qu'on fait accompagner le dessin dans les épreuves faites avec des sujets capables d'écrire. Dans les nouvelles expériences, les compléments de l'épreuve de Rorschach ont donné de bons résultats pour arriver à comprendre la personnalité et le style artistique des sujets examinés. Ceci est une possibilité de plus que peut offrir le test idéographique.

contenus conceptuels, différents parfois dans un seul moi, ou qui ont une traduction difficile. Hallowell lui-même, qui a reconnu ces difficultés, se déclare vaincu et estime qu'on doit les tolérer. Notre test a réduit au minimum le nombre des mots susceptibles d'être employés dans une analyse, et ils expriment des concepts animiques centraux qui ne demandent pas une interprétation plus étendue. Cette interprétation se détache des figures dessinées, et c'est pour cela qu'elles peuvent être intelligibles dans toutes les langues. Une autre difficulté, que nous avons l'impression d'avoir surmontée, est que l'indigène trouve, en général, familière, la technique à laquelle on le soumet, c'est-à-dire la projection graphique, très propice à sa disposition animique, comme l'affirment les auteurs les plus réputés. Comme nous le verrons par la suite, cela a été vérifiable aussi dans l'application du test aux enfants.

La variété des nuances obtenue dans les réponses graphiques de notre test nous permet de préconiser la possibilité de son application pour l'étude de la personnalité, dans sa totalité et dans ses parties, c'est-à-dire les caractéristiques affectives, émotionnelles et intellectuelles des primitifs.

CARACTÉRISTIQUES PRINCIPALES DU TEST

Nous nous bornerons à signaler ici les caractéristiques principales de notre test, en faisant remarquer, en même temps, que l'expérience sera seule capable d'y porter jugement ; c'est à elle que nous devons nous rapporter pour autoriser une modification quelconque des principes sur lesquels nous avons établi ce test. De même, si nos prévisions sont exactes, nous pourrions augmenter le nombre d'épreuves selon la nécessité des différentes applications du test, qu'elles soient de caractère ethnologique ou de caractère psychologique proprement dit.

D'une façon générale, on peut tenir compte des précautions habituelles et des instructions générales d'un test projectif quelconque, pour régler l'application du nôtre.

Les instructions spéciales sont les suivantes : « Faire écrire au *sujet examiné* les mots notés à continuation. Dictier au *sujet examiné* un mot après l'autre, en conservant toujours l'ordre corrélatif. Donner au *sujet examiné* tout le temps dont il aura besoin pour écrire. On devra indiquer, dès le début de la dictée, quels sont les mots ou les phrases qui pourraient être représentés par plus d'un dessin, bien que cela ne soit pas indispensable. Lorsque le *sujet examiné* (il s'agit de l'expérience alphabétique) ne

connaît pas, *a priori*, le signe représentant le mot dicté, lui suggérer de l'inventer. S'il n'y parvient pas, il faut laisser l'espace en blanc, en faisant l'explication correspondante, laquelle peut être indiquée par un signe quelconque, pour ne pas diminuer la confiance du *sujet examiné*. Laisser au *sujet examiné* le choix de la direction de l'écriture; de droite à gauche ou vice-versa, de haut en bas ou vice-versa, en cercle ou de n'importe quelle autre manière. L'épreuve une fois finie, demander au *sujet examiné* la raison de la direction employée : noter la réponse. *Tous les signes devront avoir, s'il en existe, leur traduction phonétique correspondante et leur signification en espagnol.*

MOTS A DICTER

- | | |
|-------------------|------------------------------------|
| 1) Aimer. Adorer. | 10) Mourir. |
| 2) Dieu. | 11) La terre (le globe terrestre). |
| 3) Vivre. | 12) Loué. |
| 4) Chien. | 13) Vierge. |
| 5) Bouche. | 14) Rompre. |
| 6) Tyrannie. | 15) Eternité. |
| 7) Pêché. | 16) Marcher. S'acheminer. |
| 8) Dent. | 17) Patrie. |
| 9) Crainte. Peur. | |

PHRASES A DICTER

- | | |
|--|--|
| 18) Cité de Dieu. | 22) Ma nourriture est bien cuite. |
| 19) De la Patrie l'ancienne splendeur. | 23) Je fais un voyage en... (bateau, camion ou voiture, plus usités dans le pays). |
| 20) L'amour de la Vierge Marie. | 24) Jésus-Christ. |
| 21) Faire le mal n'est pas bon. | 25) Les yeux servent à regarder. |

Ensuite, on fait « l'épreuve inverse », qui consiste à faire chacun des signes ou des dessins obtenus dans l'ordre inverse ; si l'on examine un seul sujet, on lui fait lire la figure obtenue par la dictée n° 25, et ainsi de suite, jusqu'au n° 1 ; si l'on fait une épreuve collective, on pourra aussi inverser l'ordre des sujets. Une dernière épreuve de contrôle consistera à faire lire des symboles à des personnes qui n'ont pas encore été examinées, et en suivant l'ordre corrélatif.

RÉSULTATS OBTENUS

Les résultats obtenus jusqu'à présent avec l'application de notre test peuvent se réduire à des éléments de caractère comparatif.

Il nous a été impossible, par manque de possibilités, de faire des expériences avec des aborigènes ou primitifs. Toutefois, nous avons rapporté les éléments du test et les explications correspondantes à des personnes différentes qui nous ont promis de collaborer à l'expérience. Nous avons décidé cependant de faire connaître le mécanisme de notre test et les résultats, bien que limités, obtenus jusqu'à présent. Ce qui nous a déterminé à le faire a été, en premier lieu, le succès obtenu avec les premières expériences ; ensuite la certitude que l'application du test, d'une façon plus généralisée, pourrait nous offrir de nouvelles perspectives et de nouvelles expériences ; finalement, l'idée de soumettre à une classification le plus grand nombre de résultats possibles, et d'envisager ensuite l'aspect statistique, dont on n'a pas pu s'occuper jusqu'à présent.

Notre test a été appliqué à des adultes et à des enfants de différents âges, sains et malades, qu'ils le soient physiquement ou mentalement. Lorsque les individus soumis à cette expérience possédaient des connaissances scolaires et étaient en condition de les utiliser (cela dans le cas des malades mentaux), *on leur indiquait d'ajouter par écrit l'explication que leur suggérait le dessin*. Cela s'est fait d'une façon générale et dans le but d'approfondir encore davantage le contenu animique du dessin obtenu.

Les conclusions qu'on en a déduites, peuvent être divisées en deux aspects nettement individualisés : 1° l'aspect alphabétique, qui aboutit à des résultats de caractère comparatif, entre les dessins faits par des enfants et les signes trouvés dans les écritures primitives ; 2° les réponses de genre affectif pour étudier la dynamique mentale des primitifs, qu'ils soient adultes ou enfants, et ses rapports avec les problèmes affectifs de la culture.

Il s'est produit assez souvent, dans le cours des expériences du test avec des enfants, la répétition spontanée de quelques signes employés par les indigènes. Étant donné le nombre restreint des expériences réalisées, il nous semble prématuré de parler de pourcentage, et par conséquent nous ne parlerons que des représentations obtenues. Nous allons les illustrer avec les signes tirés du texte de l'« Hymne national Argentin », à San Lucas, Cinti, Bolivie, déjà cité.

Les mots : 7) *Péché*, 14) *Rompre* et 15) *Eternité*, apparaissent d'une façon très semblable à l'Hymne de San Lucas. Les représentations de villages, dans le texte indigène cité, dans le sens de groupement de gens ou de demeures, étaient représentées par une église, qui constitue pour eux le lieu le plus caractéristique. Nos enfants répondaient au stimulus 18) *Ville*, au moyen soit d'une statue, soit d'un véhicule de transport collectif, qui sont pour eux les caractéristiques de la ville. On ne doit pas s'étonner des variations dans le contenu des signes obtenus dans les épreuves du test, puisque ce même genre de différence se retrouve, d'après Ibarra Grasso, dans les écritures indigènes, surtout quand s'agit d'écritures de régions différentes.

2) *Dieu* a été représenté dans tous les cas par une croix, de même que 24) *Jésus-Christ*, 20) *Vierge Marie* se représentaient généralement par une figure humaine portant une couronne ou une auréole, et 10) *Mourir*, par une figure humaine étendue par terre. Tous ces signes sont pareils à ceux de San Lucas. Cependant ces derniers, à cause de leur caractère généralisé et élémentaire, se prêtent à des doutes, et on doit les éliminer comme éléments d'épreuve comparative.

1) *Aimer. Adorer*, 9) *Crainte. Peur* et 16) *Marcher. S'acheminer*, qui sont les mots du test qui ont un sens superlatif, étaient représentés occasionnellement par un double dessin. Cela ne doit pas se considérer en principe comme indice de haute valorisation du concept du terme, puisque 9) et 16), dans leur rôle des superlatifs inverses, ont été représentés comme 1).

Un grand nombre de réponses furent représentées de façon stylisée, surtout chez les adultes et les jeunes gens. Cela nous a conduit vers l'acceptation de cette technique (« Linien Analyse », de Harms), puisqu'elle s'est généralisée spontanément chez les enfants normaux de plus de six ans, qui adoptèrent une forme de réponse stéréotypée, accusant généralement l'enseignement scolaire. Les réponses stylisées, qui coïncidèrent avec les éléments indigènes, ont été : 7) *Péché*, représenté par un fardeau, et 14) *Rompre*, par quelques lignes brisées. Le mot 3) *Vivre*, manquait dans presque toutes les épreuves obtenues avec des adultes.

Nous considérons cependant intéressant d'insister sur ce mot, qui a été représenté dans le texte de San Lucas par une figure humaine en train de tomber par terre. Ce signe est un véritable primitivisme typique des langues primitives, et a été étudié comme « sens contradictoire des voix primitives », par Freud.

Dans le test appliqué aux enfants, les réponses correspondant à ces mots ont été toutes de nature ludique ou hédonique. Cette dernière épreuve montre clairement que notre test est capable de distinguer parfaitement, et avec des résultats certains, les symboles appartenant aux cultures plus anciennes de notre civilisation.

De même que les mots concrets ont donné les meilleurs résultats du point de vue alphabétique et comparatif, les mots abstraits se caractérisèrent par leur contribution aux problèmes affectifs de la personnalité. A cet égard, il me sera permis d'avancer l'hypothèse que tout signe idéographique ou alphabétique possède une signification émotive à un degré différent. Avec cette affirmation, nous ferons une parenthèse sur les résultats obtenus, sans oublier, en ce qui concerne la dernière affirmation, que les problèmes centraux de la personnalité sont intimement liés au « status » culturel et que, de leur interaction, nous pourrions déduire des solutions communes.

L'intensité des variations obtenues avec notre test nous a mené à tenter, avec un critère expérimental, quelques variantes dans les épreuves, à condition de conserver intacts les principes psychologiques, grammaticaux, etc., sur lesquels est fondé le test, et que nous avons exposés brièvement. C'est ainsi qu'on pourra élargir le contenu des dessins au moyen de crayons de couleur ou d'aquarelles. Ceux-ci sont souvent employés dans les pratiques de la psychologie individuelle et dans l'ethnologie artistique, ainsi que dans quelques variantes de la liste de mots employés dans le test. Cela tient en particulier aux différences d'idiosyncrasie, dans chaque pays, qui se manifestent à travers sa propre langue. Cela dépendra de la volonté et du jugement de l'expérimentateur, parce qu'évidemment, on ne peut pas déterminer à l'avance toutes les variantes possibles.

C'est aux ethnologues et aux psychologues d'interpréter les éléments obtenus par l'application de notre test, que nous appelons *idéographique*, et dont nous présentons ici un aperçu. Nous sommes fermement persuadé, d'accord avec Otlo Klineberg, que c'est seulement au moyen d'épreuves expérimentales que nous pourrions établir, de façon irréfutable, la réalité, au milieu des nombreux désaccords de l'ethnologie spéculative. Comme Francis Galton l'avait affirmé, il y a déjà longtemps : « *General impressions are never to be trusted.* »

RÉSUMÉ

La découverte d'une écriture avec des caractères primitifs employée par les aborigènes de Bolivie, nous a poussé à obtenir la répétition de ses éléments idéographiques par le moyen d'une épreuve standardisée ou test. Il a été essayé d'obtenir des enfants et des adultes, sains et malades, la répétition des graphies des primitifs, au moyen d'un stimulus idéatoire. Les résultats comparatifs ont été excellents. Le test obtenu représente une forme inverse du psycho-diagnostic de Rorschach, et son application dans les cultures primitives permet de résoudre les difficultés, signalées par Hallovell, dans l'usage des tests de la culture occidentale chez les peuples appartenant à un stade plus élémentaire. D'autre part, le test est familier aux aborigènes, pour lesquels le dessin est une projection propice à leur fonction animique. L'intensité des variations affectives obtenues avec notre test nous permet d'imaginer son extension, dans le futur, dans le champ des fonctions mentales et des problèmes de la dynamique des cultures et des individus.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 28 avril 1952

Présidence : M. G. COLLET, président

Décès de M. le Dr LEULIER, membre correspondant national

M. G. COLLET. — Mes chers collègues, j'ai à vous annoncer, aujourd'hui encore, le décès d'un excellent confrère : le docteur Pierre-Max Leulier, membre correspondant de notre Société depuis 1935, a succombé, le 5 avril 1952, à une septicémie qui a évolué brutalement en quatre jours. Ses obsèques ont eu lieu le 9 avril, dans l'intimité, ainsi qu'il en avait exprimé le désir.

Pierre-Max Leulier était né le 7 août 1884, à Croutelle (Vienne). Après avoir fait ses études secondaires à Poitiers, il était venu à Paris s'inscrire à la Faculté de médecine. Il fut externe des hôpitaux de Paris, puis il se dirigea vers la psychiatrie. Les connaissances qu'il avait acquises, dans notre spécialité, auprès de Gilbert-Ballet, de Dupré, de Raymond, il les appliqua dans la maison de santé privée, où le docteur Raffegau, son oncle, l'avait appelé comme assistant, en 1910, en attendant de faire de lui son associé. Notre collègue est demeuré, depuis la mort de son parent, médecin et administrateur de la clinique de la villa des Pages, au Vésinet. Mobilisé en 1914, il fut décoré de la croix de guerre. A son retour, en collaboration avec Raffegau, il étudia spécialement l'emploi du luminal dans le traitement de l'épilepsie. On sait le succès qu'obtint désormais le phényl-éthyl-malonylurée. Dès 1936, il prit l'initiative de pratiquer la cure de Sakel, et il communiqua les résultats de son expérience à notre Société.

Le docteur Leulier était un confrère courtois, bienveillant, aimable et sûr ; un praticien très dévoué à ses malades, très attentif à ses responsabilités. J'ai exprimé à sa famille, dans une lettre à son fils, notre confrère Roger Leulier, les regrets que nous éprouvons de la disparition de notre affectionné collègue.

COMMUNICATIONS

Investigations psychologiques chez des malades lobotomisés, méthodes employées, premiers résultats, par M. J.-M. ANGEL et M^{me} S. BUFFARD (*Travail de la Section de neuro-chirurgie de la Faculté de médecine de Lyon. Clinique chirurgicale du Professeur P. WERTHEIMER*).

Il y a autour de la lobotomie un indiscutable excès de polémique.

Pour certains, il s'agit d'une opération quasi-thaumaturgique permettant de guérir des malades réputés incurables ; pour d'autres, c'est une abominable mutilation de la personne humaine atteinte dans ce qu'elle a de plus noble, le cerveau. Nous nous sommes élevés à plusieurs reprises, aussi bien contre la première opinion, en montrant tout ce que la guérison par lobotomie a de conditionnel, que contre la deuxième qui nous semble pécher par simplisme et par un pessimisme non justifié par les faits.

Nous pensons que la lobotomie modifie fort peu la personnalité. C'est par l'étude psychologique pré- et post-opératoire que nous arrivons progressivement à une idée plus objective, tant de la personnalité pré-opératoire que de ce qu'elle devient. Il existe déjà des recherches très poussées sur ce sujet, et la psychologie clinique a trouvé là une de ses plus intéressantes applications.

L'idée la plus importante et la plus généralement admise qui se dégage de tous ces travaux est celle d'une diminution légère difficile à évaluer, mais discernable, des processus supérieurs du raisonnement et de l'affectivité, parallèle à une tendance à l'extraversion. Ce parallélisme n'a rien pour étonner, l'extraversion étant liée classiquement à une certaine superficialité. En réalité, ces résultats que nous ne pouvons présenter en détail aujourd'hui sont beaucoup plus nuancés — cela va parfois jusqu'à la contradiction — que ce résumé ne le laisse paraître. Toutes ces études sont considérées par leurs propres auteurs comme des jalons dans une recherche particulièrement délicate. Nous ne regardons pas la nôtre d'une autre façon.

A) MÉTHODES D'EXAMEN. — Nous avons cherché pour nos examens des conditions qui permettent une comparaison réelle entre les malades et une étude aussi approfondie que possible de chaque malade (conditions chirurgicales analogues et conditions d'ambiance semblables ; connaissance suffisante de l'état pré-opératoire, et dans la mesure du possible, pré-psychotique du malade ; étude psychologique menée en collaboration par le médecin et le psychologue ; retest d'un groupe témoin de normaux).

Le premier examen est fait dès que l'opération est décidée ; le deuxième une dizaine de jours après l'opération ; la date du troisième, qui n'est pas toujours le dernier, se place au moment où le malade est

considéré comme guéri, ou stabilisé, ou comme ayant fait une rechute : il s'échelonne de quelques mois à un an ou plus après l'opération.

La batterie de tests comprend : l'échelle d'intelligence de Wechsler-Bellevue (1) ; les labyrinthes de Porteus ; le dessin d'une personne ; l'arbre de Koch ; le Mosaïque test ; le Rorschach ; le Village ; le T.A.T. ou les quatre images de Van Lennep ; le Rosenzweig.

On remarque que les tests projectifs que nous avons choisis englobent beaucoup d'activités manipulatoires (dessins, village, mosaïque), et cela pour plusieurs raisons : ils sont accessibles aux malades et suscitent rarement un refus (ce n'est pas le cas du T.A.T.) ; ils demandent cette faculté de prévision, d'organisation, qu'on refuse souvent aux malades lobotomisés ; ils ont été étudiés dans les syndromes organiques et permettent à ce titre des comparaisons intéressantes entre lobotomisés et malades traumatisés ou organiques.

B) PREMIÈRES OBSERVATIONS. — Nous présentons d'abord deux cas de malades que nous avons vus au début de nos recherches, alors qu'ils venaient d'être opérés. La connaissance de leur personnalité et de leur niveau pré-opératoire, et, pour l'un d'eux, pré-psychotique, nous autorise à faire état de l'examen post-opératoire, bien qu'il ne puisse y avoir de comparaison directe d'examen à examen.

OBSERVATION 1. — Camille M..., 27 ans, schizophrène, guéri. Niveau d'instruction : baccalauréat. Ecole commerciale supérieure. Deux mois après l'opération, tous les tests de projection, et en particulier le Rorschach, sont typiquement schizoïdes et l'on dirait schizophrènes si le malade n'était cliniquement et socialement guéri.

Le vocabulaire pédant, précieux, le formalisme, la rigidité, l'excès de symétrie (au Mosaïque), sont les caractères dominants et constants de tous ces tests. On trouve dans le Rorschach une réponse « naissance » considérée comme presque pathognomonique de schizophrénie par certains auteurs (Bochner, Halpern, Deran, Péchoux) et une contamination entre deux planches. Quant au village, c'est un village abstrait, ne comportant que des bâtiments publics et une route ; aucune maison d'habitation ; le bâtiment qui est à l'entrée du village est le « bureau des poids et mesures » ! A noter que l'intelligence est parfaitement conservée.

Cette persistance des signes schizophréniques est-elle un présage de rechute ? Le malade de Heuyer, Chenton et Tison, dont l'observation présente un parallélisme frappant avec la nôtre, a été vu beaucoup plus tardivement, et la guérison persistait.

OBSERVATION 2. — André M..., 38 ans, psychasthénique, non guéri. Niveau d'instruction : cultivateur. Quatre mois après l'opération, ce malade, qui est loin d'être un intellectuel, se classe dans le premier groupe du test D 48, test de facteur G, considéré comme une des mesures les plus exactes, à la fois de l'intelligence et de la possibilité de l'utiliser au maximum. Ce résultat est assez élevé, et même assez exceptionnel, pour permettre d'affirmer que les facultés de raisonnement abstrait du malade n'ont pas été dimi-

(1) Nous remercions Mme le Docteur Parmentier-Beloux, qui nous a prêté aimablement sa traduction du test.

nuées, en tout cas pas d'une façon mesurable. Le patient se comporte d'ailleurs en toute occasion en homme intelligent, mais profondément psychasthénique et déprimé ; ses tests montrent par ailleurs une forte inhibition, qui n'a pu être levée par l'opération.

OBSERVATION 3. — Madeleine A., 23 ans, internée depuis cinq ans, schizophrène avec agitation et agressivité ; pourtant, se prête de bonne grâce à l'examen. Instruction : certificat d'études primaires.

Avant l'opération	3 semaines après	7 mois après
Wechsler-Belevue : Q.I. verbal : 61.		Q.I. performance : 50,3. Q.I. verbal : 70. Q.I. total : 66.
Porteus : A. M., 14 ans.	A. M., 12 ans.	A. M., 14 ans.
Test de collationnement : vitesse : groupe 4 ; exactitude : groupe 2.	Vitesse : groupe 5 ; exactitude : groupe 5.	Vitesse : groupe 4 ; exactitude : groupe 2.
Rorschach : $\frac{G}{D} = \frac{1}{2}$; $\frac{K}{C} = \frac{1}{1,5}$; F — % = 60 % ; Clob = 3 ; R C % = 50 %.	Rorschach : $\frac{G}{D} = \frac{1}{4}$; $\frac{K}{C} = \frac{1}{1,5}$; F — % = 51 % ; Clob = 0 ; R C % = 49 %.	$\frac{G}{D} = \frac{1}{4}$; $\frac{K}{C} = \frac{1}{1,5}$; F — % = 39 % ; Clob = 1 ; R C % = 40 %.
Dessin d'une personne : visage sans contours, typiquement schizophrénique.	Même style, contours tracés, détails plus nombreux.	Les personnages sont en mouvement.
Mosaïc Test : 11 ² , recherche de symétrie sans succès.	24 ² , recherche décorative ; encore des éléments parasites.	7 ² , dessin plus compact et construit.
Village : la malade se contente de jouer avec les pièces.	Le village est fait, mais peu organisé.	L'organisation est beaucoup meilleure, et plusieurs bâtiments sont nommés.
Dessins : voir pl. I, a. Mosaïc : voir pl. II, a. Village : impossible, se contente de jouer avec les pièces.	Voir pl. I, b. Voir pl. II, b. Voir pl. III, a.	Voir pl. I, c. Voir pl. II, c. Voir pl. III, b.



Nimbus

Madeline

PLANCHE I. — a) Avant l'opération : le dessin du visage de la figure féminine, sans contours, est typiquement schizophrénique. Invitée à écrire son nom, la malade écrit d'abord le surnom que lui ont donné ses compagnes.

Lundi Mai 1957



Madeleine

PLANCHE I. — b) Trois semaines après : même style ; les contours sont tracés et les détails plus nombreux. La malade n'a pas voulu faire de figure masculine.



Madeleine

PLANCHE I. — c) Sept mois après : les personnages sont en mouvement ; fatiguée de ce test, la malade déclare que « le bonhomme n'a pas son bras parce qu'il l'a mis dans son pantalon ».

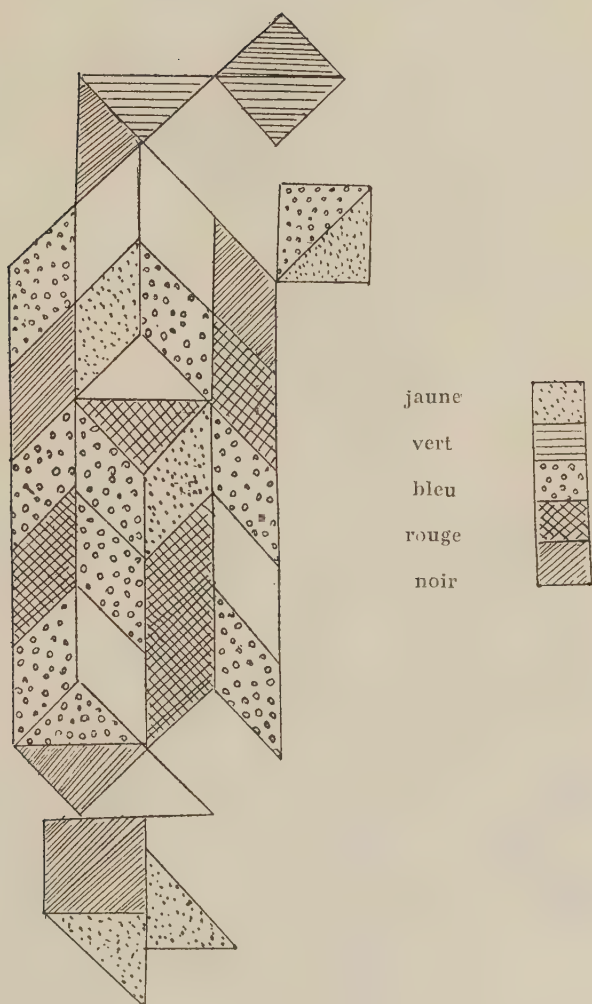


PLANCHE II. — .a) Avant l'opération : 11 minutes :
recherche de la symétrie, non réalisée

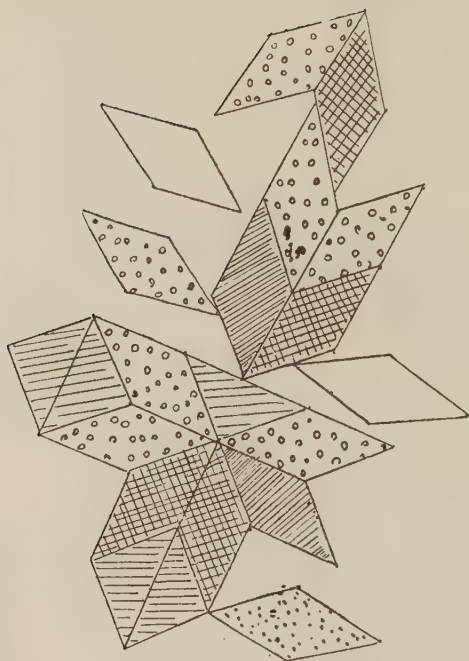


PLANCHE II. — *b*) Trois semaines après : 24 minutes ;
recherche décorative ; encore des éléments parasites

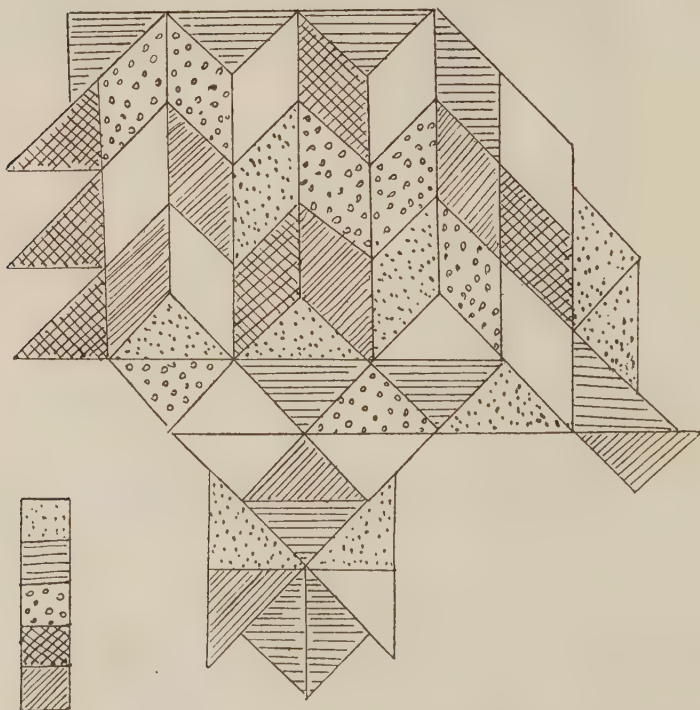


PLANCHE II. — *c*) Sept mois après l'opération : 7 minutes ; dans un temps
beaucoup plus court, on a un dessin plus compact et plus construit ; la
recherche évidente de symétrie n'est pas encore complètement récom-
pensée.

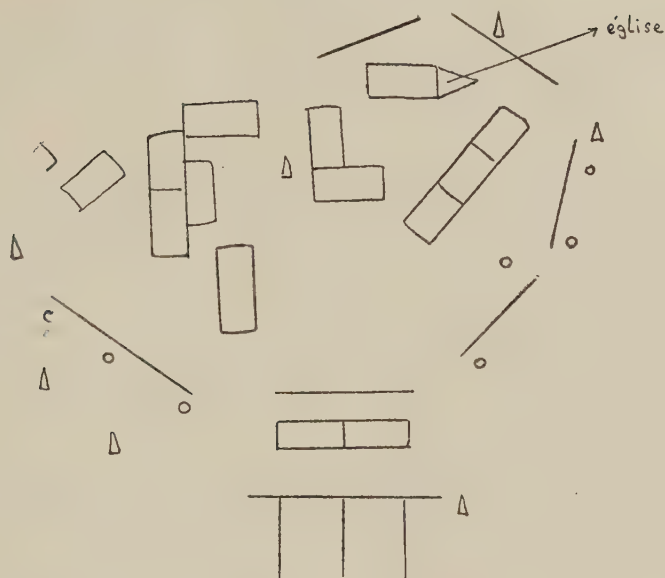


PLANCHE III. — a) Trois semaines après l'opération (avant le test n'a pu être fait, la malade se contentant de jouer avec les pièces). Invitée à parler de son village, elle montre seulement l'église et dit : « Ils sont tous comme ça, les villages. »

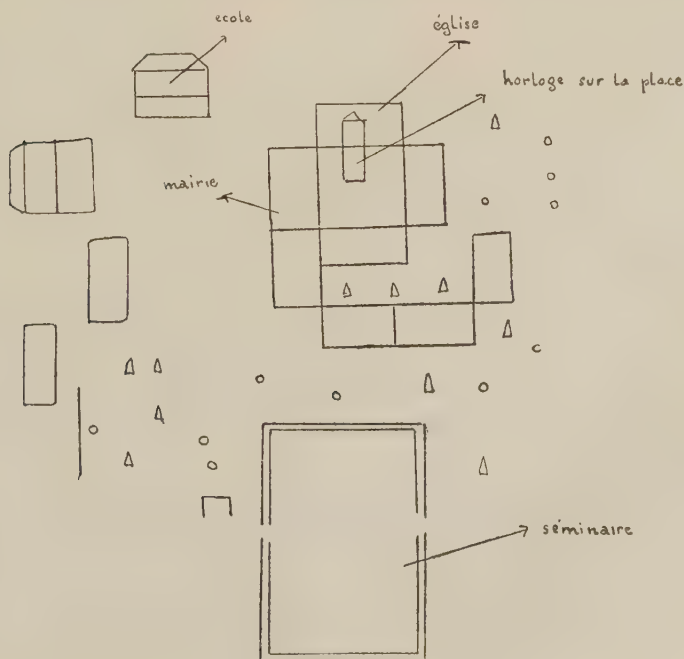


PLANCHE III. — b) Sept mois après : l'organisation est beaucoup meilleure et plusieurs bâtiments sont nommés

La malade, restée à l'hôpital, est un peu améliorée ; elle a subi des électro-chocs depuis l'opération ; l'examen psychologique permet plus d'optimisme que l'examen clinique. Les résultats aux tests sont-ils en avance sur le comportement général ?

OBSERVATION 4. — Jean C., 39 ans, schizophrène, agité, gâteux, malade depuis huit ans. Avant l'opération, il est presque impossible de tester ce malade ; on arrive à lui faire faire le Porteus (âge mental de 7 ans) et deux dessins : une carte de France très approximative et les jambes d'une personne.

Quinze jours après l'opération, il est capable de tenir une conversation, sinon de faire tous les tests : Porteus : âge mental, 12 ans ; Wechsler-Bellevue : arrive à des résultats supérieurs à zéro ; pour l'information (6) ; pour la mémoire des chiffres (5) et pour l'assemblage (6).

Dessin d'une personne : limité à la tête, aux bras et aux parties supérieures du corps : assez cohérent.

Le comportement à l'hôpital psychiatrique est transformé ; le malade est encore apathique, mais il n'est plus gâteux et, de temps en temps, se livre à de petits travaux. Le résultat semble comparable à ceux qu'I. Jakab a obtenus sur des malades très détériorés.

OBSERVATION 5. — Françoise L., 38 ans, schizophrène avec hallucinations, comportement destructeur, malade depuis quinze ans.

<i>Avant l'opération</i>	<i>11 jours après</i>	<i>2 mois après</i>
Wechsler-Bellevue :		
Q.I. verbal : 62.		Q.I. verbal : 65.
Q.I. performance : 55.		Q.I. performance : 71 (grosse amélioration).
Q.I. : 56.	Q.I. : 54.	Q.I. : 66.
Coefficient de détérioration : 40 %.		Coefficient de détérioration : 33 %.
Porteus : A. M., 10 ans.	Impossible, passe sur les lignes.	Porteus : A. M., 11 ans.
Rorschach : 2 refus :	N'y a pas prêté attention.	Rorschach : R = 13.
R = 10 ; R C = 30 %, 1 seul F (sur 10 R), pas de réponses absurdes.		
$\frac{K}{C} = \frac{1}{0}$; F — % = 20 %.		$\frac{K}{C} = \frac{1}{4}$; F — % = 23 % ;
choc couleurs.		R C = 45 % ; refus : 0.
Dessin : corps inachevé.	Dessin : corps inachevé, d'un dessin plus ferme.	Dessin : <i>id.</i>
Mosaic : alignement par rangées.	Impossible.	Essai de composition homogène.
Village : juxtaposition.	Impossible.	Ebauche d'organisation.

La faible capacité d'attention et la facilité à se laisser distraire, qui sont responsables des résultats post-opératoires, sont tout à fait classiques. Pourtant, les dessins manifestent déjà une meilleure organisation.

OBSERVATION 6. — Antonia B., 48 ans, schizophrène agitée, évoluant depuis une vingtaine d'années.

Avant l'opération	1 mois après	4 mois après
Wechsler-Bellevue :		
scores bruts (1) :	score verbal : 3 ;	verbal : 17,5 ;
verbal : 10 ;		
performance : 3.	performance : 6.	performance : 5.
Porteus : impossible.	<i>Id.</i>	<i>Id.</i>
Rorschach :		
$\frac{K}{C} = \frac{1}{3}$; F — % = 55 % ;	$\frac{K}{C} = \frac{1}{1}$; F — % = 50 % ;	$\frac{K}{C} = \frac{1}{1}$; F — % = 33 % ;
rep. abstr. et confab. = 3 ;	rep. abstr. et confab. = 0 ;	rep. abstr. et confab. = 0 ;
refus : 1 (VII).	refus : 1 (VII).	refus : 1 (VII).
Dessin : impossible, tracé des signes ressemblant à une sténographie.	<i>Id.</i>	Dessine partiellement une personne, une tête remplie des mêmes signes.
Mosaïc : dispose quelques pièces espacées.	Impossible	Juxtaposition
Village : impossible.	<i>Id.</i>	Fait une allée de sapins, place quelques maisons.
(1) Les résultats sont trop faibles et trop fragmentaires pour permettre une évaluation en Q.I.		

Ici encore, c'est le dessin, le Mosaïc et le village qui marquent les plus nets progrès. La baisse des indices pathologiques du Rorschach (F—% et réponses abstraites et confabulées) est également significative. La malade reste taquine et opposante comme avant l'opération, mais est devenue plus sociable et moins agitée.

OBSERVATION 7. — Jean C., 50 ans, maniaque devenant très agité et destructeur, évoluant depuis plus de quinze ans, sans intervalles libres depuis trois ans.

Avant l'opération	9 jours après
Arithmétique : 5 ;	6 ;
Kohs : une réussite ;	une réussite ;
Lacunes : 10 ;	8 ;
Porteus : 12 ans ;	impossible.
Rorschach : typique de maniaque, très dilaté. Réponses sexuelles.	Pas de réponses sexuelles.
$\frac{K}{C} = \frac{8}{4}$; R C % = 35 %	$\frac{K}{C} = \frac{5}{1,5}$; R C % = 39 %
	Les kinesthésies conservées sont <i>k+</i> et très vivantes.
Village : représente l'hôpital psychiatrique.	Strictement identique.
Quatre images : l'histoire est pauvre et de contenu affectif, dépressif et anxieux concernant deux images ; descriptions des autres.	Description des images.
Dessin d'une personne : personnages assez vivants, pourvus de cheveux et de poils abondants ; détails sexuels chez la femme.	Même style, sauf absence de détails sexuels.

On peut affirmer à ce stade post-opératoire la conservation de la personnalité profonde, les traits les plus maniaques étant seuls atténués. Cliniquement, le malade est calme, lucide, un peu apathique.

OBSERVATION 8. — J. V., 51 ans, hypertendu, très anxieux. Niveau d'instruction : baccalauréat. Névrose hypertensive typique.

Avant l'opération	2 mois 1/2 après
Terman : 14 ans d'âge mental (résultats élevés au vocabulaire, très faibles aux problèmes).	Identique
Test de collationnement : vitesse : groupe 3 ; exactitude : groupe 1.	Vitesse : groupe 2 ; exactitude : groupe 6.
Rorschach :	
$\frac{G}{D} = \frac{1}{1,5} ; \frac{K}{C} = \frac{1}{1,5}$	$\frac{G}{D} = \frac{1}{1,2} ; \frac{K}{C} = \frac{1}{1,5}$
R C % = 27 % ; A % = 55 % ; F — % = 11 %.	R C % = 28 % ; A % = 35 % ; F — % = 7 %.
Vocabulaire pédant, schizoïde, réponses abstraites.	Même vocabulaire, de plus, réponses érotiques.
T.A.T. : histoires très confuses, perceptions méticuleuses, traits obsessionnels, tendances moralisatrices et, d'autre part, érotiques, pédantisme, anxiété.	Sera donné de nouveau dans un prochain examen.
Réglette de Carrad : impossible par manque de contrôle moteur.	Tremblement, mais mouvements coordonnés.

A cette période, le malade a repris son travail (poste de chef de service) avec des arrêts de temps en temps ; il a moins de tension, mais reste obsédé par cette maladie ; sa femme le trouve plus égoïste qu'avant.

C) INTERPRÉTATION. — Parmi les résultats attendus, nous rangerons :

1) La chute post-opératoire des scores aux tests qui demandent une stricte application des consignes, une attention concentrée, un effort intellectuel et une certaine rapidité -- comme le Porteus. Cette chute, très inégale suivant les malades, est ensuite plus ou moins vite compensée (rôle de la personnalité du malade, de la nature de la maladie, de la détérioration au moment de l'opération ?).

2) La diminution, chez les schizophrènes, des symptômes les plus psychotiques et l'évolution vers l'extraversion, qui sont particulièrement nets dans le Rorschach (observations 3, 5, 6), encore que le deuxième signe (tendance à l'extraversion) soit beaucoup moins constant que le premier.

D'autres résultats sont plus imprévus.

1) La conservation de la personnalité, du « style » de l'individu lobotomisé, la persistance de son caractère (observation 7), de son niveau intellectuel (observations 1, 2, 7, 8) et presque de son syndrome (observation 1).

2) La réorganisation des possibilités constructives chez les schizophrènes, leur conservation chez les autres malades que montrent de façon éclatante le Rorschach (observation 7), le Mosaïc, le Village et les dessins (observation 3, 5, 6). Nous ne cherchons pas dans ces tests à mesurer le pouvoir de création artistique du lobotomisé, qui a été étudié dans quelques cas particuliers, avec des résultats assez confus, mais plus modestement, la possibilité pour les lobotomisés de construire, d'organiser, de faire un plan et de le réaliser. Nous avons été frappés de voir ces tests, si atteints chez les schizophrènes, montrer des progrès saisissants après la lobotomie, et souvent à un stade pré-

coce, avant même les autres épreuves. Ces mêmes malades se tirent honorablement du Mosaïc qui présente des difficultés insurmontables pour les organiques.

3) La persistance de la fonction éthique : difficile à apprécier chez les schizophrènes non totalement guéris, bien que parfois le village témoigne d'une certaine adaptation sociale (observation 3), elle est évidente chez nos malades guéris : l'ancien schizophrène de l'observation 1 témoigne de hautes préoccupations morales, non seulement d'ailleurs dans ses tests, où elles sont au premier plan, mais dans sa vie quotidienne. Le maniaque de l'observation 7 montre beaucoup plus de tenue et de réserve après l'opération. C'est évidemment chez le malade non psychotique que la fonction éthique peut être évaluée avec le plus de finesse et c'est chez eux aussi que la question est la plus importante. Le patient de l'observation 2, tout déprimé qu'il est, montre une grande pudeur de sentiments et de rigides défenses sexuelles et sentimentales ; celui de l'observation 8 reste comme avant déchiré entre ses tendances moralisatrices et ses besoins sexuels. Nous suivons actuellement plusieurs psychasthéniques dont les observations enrichiront nos connaissances sur ce point particulier.

Douleurs du dos pseudo-vertébrales et psychoses graves chez la femme, par MM. M. BACHET, P. PADOVANI, P. MARCHAIS et C. WEISS.

Nous envisageons les problèmes posés par une variété de douleurs sur laquelle l'attention a été vivement attirée ces dernières années. Ceci est dû à la fréquence avec laquelle cet ensemble symptomatique est rencontré, en particulier, dans trois milieux : chirurgie orthopédique, consultation de rhumatisme et gynécologie. C'est ainsi que d'assez nombreuses publications récentes émanent de ces disciplines différentes.

La douleur apparaît à un âge variable, entre 17 ans, jusque dans les quelques années qui suivent la ménopause. Les comparaisons employées par la malade varient souvent d'une période à l'autre chez une même malade. Les sensations de tension, de barre, de pesanteur, caractérisant les formes les plus légères ou les phases les plus supportables, les sensations de « bête qui ronge », de « coup de couteau », « de battements, comme dans un abcès », caractérisent les formes ou les phases les plus pénibles, de même que les comparaisons cénesthopathiques, « d'eau froide qui coule », de glace, de vertèbre gonflée. La douleur peut n'être pas améliorée par la position couchée ; elle peut même être maxima la nuit, existant parfois même dans le rêve.

Le palper local trouve souvent une zone douloureuse à la pression locale, non profonde. Le palper abdominal rencontre souvent des

points douloureux solaires préaortiques, ou dans les régions iliaques droite et gauche, plus souvent à droite, d'ailleurs autour d'une cicatrice d'appendicectomie. Ces points douloureux abdominaux disparaissent de façon durable par l'irritation superficielle de la peau, là où le palper les rencontre, lorsque cette manœuvre est possible ou non contre-indiquée. Il arrive quelquefois que cette irritation fasse en même temps disparaître la douleur pseudo-vertébrale, lorsque celle-ci siège dans les régions dorsale, basse, ou lombaire. Par contre, la même épreuve pratiquée dans la région prévertébrale n'amène généralement pas de rémission à la douleur pseudo-vertébrale.

L'examen radiologique est tantôt complètement négatif, tantôt les anomalies légères qu'il décèle sont parfaitement insuffisantes à expliquer les douleurs.

Les signes psychiques sont très marqués, grande fatigue aux efforts habituels, ayant le plus souvent provoqué l'interruption des occupations professionnelles. Asthénie d'aspect psychique avec un manque de goût, découragement à l'avance. Crises de larmes, constrictions, ainsi que tous les équivalents vaso-moteurs, sudoraux, lipothymiques, des phénomènes du sanglot. L'atteinte du sommeil est constante, marquée par une agitation, des rêves pénibles, parfois des poussées de sueurs nocturnes, de degré d'ailleurs très variable. Le retour au sommeil spontané, normal, à l'exclusion de toute action médicamenteuse, barbiturique, ou autre, étant le meilleur signe annonciateur de la guérison.

Notons, dans de nombreux cas, les associations avec des phénomènes de névrose cardiaque ou tachycardique, l'alternance possible de céphalées avec les douleurs rachidiennes, l'association à des poussées fébriles, sans aucun signe infectieux, ni clinique, ni biologique. Nous ne nous étendrons pas sur ces phénomènes bien connus par les descriptions antérieures de la neurasthénie, des névroses tachycardiques, etc.

Dans le plus grand nombre de cas (80 % au moins), des interventions chirurgicales sur la région inférieure de l'abdomen ont eu lieu. Appendicectomie avant tout, pexies diverses, interventions concernant les ovaires, ou hystérectomie. Parfois les douleurs ont suivi une fausse-couche ou une grossesse. Notons, dans des cas fréquents, l'importance dans les antécédents de traitements gynécologiques.

Très souvent, mais ceci est loin d'être une règle absolue, on rencontre le rassemblement plus ou moins complet des signes considérés comme évoquant l'hyperfolliculinie ou le déséquilibre hypophyso-ovarien. Le plus net étant le gonflement douloureux des seins au moins sept à dix jours avant l'apparition des règles. En tout cas, rarement l'intensité de ces signes est assez marquée pour évoquer une maladie endocrinienne, mais plutôt une tendance constitutionnelle.

Le fait le plus constant trouvé par l'examen complet de ces malades est l'existence, avant l'apparition des douleurs, d'un boule-

versement émotif. Choc ayant toujours lieu dans le domaine instinctivo-affectif, et en rapport avec la vie sexuelle. Il ne s'agit nullement d'événements lointains, en rapport avec la sexualité infantile, par exemple, et justiciable, d'une très longue recherche dans les associations d'idées inconscientes. Il s'agit de malaises dont les causes sexuelles sont nettes, malaises relativement récents, et dont les conséquences demeurent permanentes. Sans doute le type du malaise présente-t-il des variations d'une malade à l'autre ; une cause très fréquente est un profond chagrin d'amour, souvent aussi une insatisfaction permanente, l'impossibilité de réaliser un équilibre entre la vie sexuelle instinctive et la vie affective ; dans nombre de cas, un pénible état de frigidity, quelquefois apparu après une grossesse, ou surtout après une intervention chirurgicale.

L'évolution est celle d'une infirmité sérieuse, provoquant de longues périodes d'incapacité du moindre effort, souvent passées dans les centres de repos, préventoriums, etc..., d'où de fréquentes complications familiales, pouvant aller jusqu'à provoquer la dissociation du foyer.

La thérapeutique, dans un nombre de cas important, tirera bénéfice du traitement endocrinien, en particulier de l'hormonothérapie masculine. Mais ces bénéfices sont loin d'être une règle absolue, et d'autre part l'action de l'hormone n'est souvent que passagèrement favorable. La psychothérapie est le traitement le plus important. Ses résultats apparaissent véritablement éclatants lorsque, généralement par collaboration, avec le mari ou la famille de la malade, les conflits affectifs peuvent être résolus et un grand nombre d'observations offrent des cas de guérisons éclatantes et d'apparence définitives. Les cas d'échecs sont ceux pour lesquels la malade est dans une telle situation sociale ou familiale, que son équilibre instinctivo-affectif ne peut être établi, encore là la psychothérapie est-elle d'une très grande utilité, amenant dans nombreux cas des soulagements, presque équivalents à une guérison.

Nous aurons terminé l'énumération des preuves de la nature véritablement psychiatrique de ce syndrome en rappelant que la littérature de l'époque des descriptions de la neurasthénie l'avait, au moins dans une certaine mesure, déjà envisagé, tant en ce qui concerne sa localisation, décrite sous le nom de neurasthénie dorsale, myélasthanie, neurasthénie rachidienne, neurasthénie localisée de Huchard, topoalgie, etc..., que dans son origine (travaux sur la neurasthénie sexuelle) (Beard, Déjerine, Maurice de Fleury, Bouveret, Juquelier et Vinchon, etc...).

En somme, syndrome au caractère psychiatrique, magistral et évident, dont la fréquence est extrême dans les services de chirurgie orthopédique, rhumatologique ou gynécologique, et dont il faut s'efforcer de préciser la liaison avec la pathologie, soit des services libres, soit même des services fermés des hôpitaux psychiatriques.

Dans un très grand nombre de cas, la majorité sans doute, en l'ab-

sence de guérison par traitement, ou même sans traitement, un grand nombre de ces malades ne semble pas évoluer vers des états psychopathiques graves. Le pronostic, tout au moins dans une partie plus ou moins longue de leur existence, est fonctionnel, familial et social. Encore faut-il faire une réserve du fait de la longueur de ces évolutions, tenir compte, dans certains cas, de la fragilité particulière à la ménopause. Une de nos malades, qui présentait une forme particulièrement pénible, et semblant guérie depuis au moins un an, par psychothérapie, au point d'avoir complètement repris sa vie normale et familiale, ébaucha un petit syndrome éroto-maniaque à l'époque pré-ménopausique.

Dans un nombre de cas aussi grand, l'état dépressif revêt une intensité particulièrement intense, primordiale ; cependant, tout paraît être causé par l'intensité du point rachidien d'où semblent irradier toutes les réactions hyperthymiques, anxieuses, spasmodiques. La prédominance de cette localisation demeure et, de ce fait, la malade n'est généralement pas dirigée vers un service de psychiatrie, tout au moins à ce stade.

Dans un nombre de cas moins important, 20 à 30 % en tout, ces malades présentent à un moment donné, au lieu et place d'une symptomatologie pseudo-rachidienne, une symptomatologie franchement psychopathique, mais ceci dans des conditions très différentes.

Pour un petit nombre de malades, l'épisode psychopathique a précédé la phase pseudo-rachidienne. Cet épisode psychopathique a été la réaction à un choc affectif très pénible. On trouve alors, dans les antécédents de ces malades, une dépression réactionnelle profonde, imposant un séjour de plusieurs mois dans un service libre ou une maison de santé, souvent, à cette occasion, des traitements par électrochocs. Ceci constitue la phase aiguë de la dépression réactionnelle. Les séquelles du déséquilibre affectif persistent et la douleur du dos prend place parmi les manifestations de ce malaise atténué ou refoulé.

Dans un nombre de cas non négligeable, la douleur du dos est presque reléguée au second plan par une symptomatologie hyponchondriaque confinant à l'idée délirante. Dans les cas que nous avons pu observer, l'analyse faisait toujours retrouver le rapport entre les phénomènes cénestopathiques et une émotion érotique, intense, traumatisante, antérieure. Souvent il s'agissait, comme dans les descriptions de Steckel, de phénomènes fonctionnels, qui avaient suivis des paraphilies. L'ensemble évoquait pour ces cas, d'une façon quasi-expérimentale, la réalité de ces libido-hallucinées au sens psychanalytique du terme, ainsi que celle du grand pouvoir.

Les phénomènes sont plus marqués encore pour une autre catégorie de malades, pour lesquelles existent des bouffées d'onirisme, avec hallucinations, soit visuelles, soit même auditives, avec persistance, pendant la phase de veille, d'un syndrome plus ou moins neutre d'automatisme mental. Ces bouffées, dans les cas que nous avons

observés, étaient toujours pré-menstruelles et menstruelles et toujours sur un terrain correspondant aux descriptions d'hyperfolliculinie. Pour un cas, il s'agissait d'un délire de jalousie. Pour un autre, les douleurs du dos étaient apparues chez une femme qui, ayant trompé son mari, en avait été très affectée, et qui, lors des épisodes oniriques et délirants, revoyait son séducteur, qui l'obligeait à des relations sexuelles.

En somme, un syndrome douloureux pseudo-vertébral, dans un tableau de dépression réactionnelle toujours marqué. La localisation attire à première vue l'attention vers le rachis, et ceci parfois pendant longtemps. L'élément le plus constant dans l'étiologie est l'existence d'un désordre constant dans la vie sexuelle. Dans un nombre de cas non négligeables, 20 à 30 %, l'histoire pathologique de ces malades montre un épisode de psychose plus marquée, dont les formes les plus graves peuvent être des bouffées délirantes ou même des délires avec hallucinations et onirisme, l'origine apparaissant nettement érotique.

A la période psychopathique proprement dite, ou à plus forte raison délirante, la douleur pseudo-vertébrale n'existe plus, ou bien est au second plan. Il en résulte que lorsque la psychose se révèle, lorsque ces malades sont dirigées, soit vers un service libre, soit vers un service fermé de psychiatrie, l'importance de la douleur pseudo-vertébrale antérieure n'apparaît pas. Il s'agit cependant là d'un témoignage étiologique de grande valeur du point de vue de l'origine réactionnelle et émotivo-sexuelle de la psychose. D'autre part, notre expérience ne porte le plus souvent que sur la phase dépressive simple, pseudo-somatique, et l'un des buts de cette publication est de rechercher une confrontation dans les limites de ce sujet avec d'autres expériences psychiatriques que la nôtre, et tout spécialement avec celles qui observent les malades lors d'une atteinte plus évoluée.

DISCUSSION

M. P. Léo. — Nous voyons tous les jours, dans le service de cure libre ou en consultation, toutes ces variétés de malades se plaignant d'algies diverses sur lesquelles diverses étiquettes ont été placées : névrite du nerf occipital d'Arnold, syndrome d'Atlas, syndrome de Barré et Liéou, « douleurs du dos d'origine psychique », de MM. Bachet et Padovani. Mais ces algies ont souvent le caractère particulier de s'inscrire dans un grand syndrome névrotique avec anxiété, asthénie, insomnie, troubles digestifs avec digestion lente, ptose viscérale, palpitations, etc...

Chaque médecin, selon sa discipline, leur donne une interprétation différente, et ces malades sont traités avec un inégal bonheur par le neurologue, le gynécologue, le chirurgien orthopédiste, l'endocrinologue, le psychiatre.

Récemment encore, on insistait sur la douleur de D4 et D7 (1), qu'on rattachait comme souvent au syndrome hyper-folliculinique. Mais on est parfois déçu, car les frottis vaginaux ne montrent pas toujours une courbe d'hyper-folliculinie.

Etant donné les signes cliniques qui les accompagnent, non confirmés

(1) Les algies de la colonne vertébrale, *Presse médicale* du 25 décembre 1952.

biologiquement, on peut se demander s'il ne s'agit pas des pseudo-hyperfolliculinies d'origine histaminique, selon les conceptions de Herschberg.

Il semble que tous ces mécanismes physiologiques encore mystérieux, auxquels on trouve souvent une étiologie affective, puissent rentrer dans les maladies à stress.

La perturbation de l'hypophyse qui, par ses hormones, conditionne le tonus des organes creux comme celui des ligaments, nous aide à comprendre ces algies diverses, qui s'accompagnent en même temps de ptoses d'organes et de dilatations de l'estomac avec digestions lentes, constipation. La perturbation hypophysaire nous aide à comprendre également certains rhumatismes chroniques par perturbation de l'A.C.T.H.

Au lieu de « scotomiser » ces syndromes selon la spécialisation médicale de chacun, il serait plus fécond et plus satisfaisant de les concevoir dans une large conception psycho-somatique.

On comprend mieux, dans une telle perspective, l'action souvent étonnante de la psychothérapie, des sédatifs, là où des traitements symptomatiques (chirurgicaux, ou médicaux, ou endocrinien) ont échoué, et les succès fréquents en ces domaines de la psychanalyse.

Rôle de l'ingestion d'eau sucrée ou simple dans le déclenchement du coma au cours de la cure de Sakel, par MM. Paul ABÉLY, J. FOURMENT et A. ABDOUCHELLI.

L'étude du coma insulinaire observé au cours de la cure de Sakel, qu'il s'agisse du déclenchement, du déroulement, ou des diverses modalités du réveil, pose encore de nombreux problèmes physiopathologiques. Aussi nous semble-t-il utile de mettre aujourd'hui l'accent sur un phénomène de prime-abord paradoxal, qu'il nous a été donné d'observer.

Mlle D..., 27 ans, sans profession, est placée d'office à Sainte-Anne le 2 avril 1951, après avoir été appréhendée errant sur la voie publique ; treize jours auparavant elle a accouché à Tarnier d'une fille normalement constituée, placée à l'assistance publique.

A son entrée, la malade est très obnubilée, et présente un état confusionnel complet avec désorientation, confusion des idées, troubles de l'attention, bradypsychie. Sa mimique reflète une anxiété profonde. Ses réponses sont lentes, inadéquates, coupées de barrage. L'amnésie des faits récents est totale.

L'examen somatique est pauvre en renseignements. L'examen neurologique est strictement négatif. Cœur et poumons sont normaux, la tension artérielle est à 11/6. On note que les seins sont gorgés de lait. La température est normale. L'urée sanguine à 0,20 et la glycémie à 1,27.

Au bout de quelques jours, la malade est moins anxieuse mais reste confuse. Elle est alors soumise à une pneumo-encéphalographie à l'oxygène, suivie six jours après de trois électro-chocs. Ce traitement n'amène qu'une sédation passagère et est répété un mois plus tard. La malade sort alors de son état confusionnel ; on apprend qu'elle est fille-mère, qu'elle a deux enfants. Un an auparavant, elle a été hospitalisée à Saint-Lazare pour une roséole et est régulièrement traitée (au novar, Quinby, pénicilline). La ponc-

tion lombaire est normale. Rien d'anormal dans les antécédents familiaux.

Toutefois, l'amélioration psychiatrique est incomplète et ne progresse plus. La malade est très autistique, reste à l'écart, taciturne. Le flou des idées, le sentiment d'étrangeté, la passivité, l'indifférence affective (notamment pour ses deux enfants) persistent.

On décide alors d'entreprendre un traitement par cure de Sakel, qui débute le 1^{er} octobre 1951. Au cours de la première semaine, on note une certaine résistance aux comas. Le 9 octobre, l'injection de 160 unités d'insuline n'amène aucun trouble de la conscience, aucune modification thermique. On y adjoint lutogyl et syncortyl 10, comme nous avons coutume de le faire chez des sujets insulino-résistants à tension relativement basse (ici 11/6).

Le 10 octobre, l'injection de 180 unités d'insuline n'entraîne, au bout de trois heures, que quelques malaises (sueurs, hypothermie). On décide alors de resucrer la malade, et elle absorbe 450 cc. de sirop de sucre à 40 %. On constate l'installation inattendue d'un coma typique, calme et profond, et ceci avec une rapidité singulière, en quelques instants ; demi-heure plus tard, on la réveille par l'injection intraveineuse de 50 cc. de sérum sucré hypertonique.

Le lendemain, 11 octobre, les faits vont se reproduire de façon identique : même dose d'insuline, même état trois heures après l'injection initiale, et une fois encore l'ingestion de 150 cc. de sirop de sucre aboutit à l'installation quasi-immédiate d'un coma profond.

Le 12 octobre, toujours sans modifier la dose d'insuline (180 unités), on remplace le sirop de sucre par 250 cc. d'eau ordinaire ; on déclenche de la même façon un coma complet, mais un peu moins rapidement (10 minutes environ).

Le 13 octobre, mêmes résultats avec 100 cc. d'eau.

En résumé, chez une malade de 27 ans, sans troubles endocriniens cliniquement décelables, l'ingestion de sirop de sucre, à la phase de pré-coma, précipite l'apparition du coma complet avec une extraordinaire rapidité. Même réaction, mais moins rapide, par ingestion d'eau pure.

Ce phénomène, d'apparence banale, pourrait être interprété comme une anomalie isolée. Aussi avons-nous recherché dans la littérature la publication de faits analogues. Nous l'avons retrouvé à deux reprises, décrit incidemment dans des observations de comas insuliniques prolongés.

C'est Rivers et Rome [*Archives of Neurology and Psychiatry*, 51, 550, (1944)], qui publient l'observation d'un malade qui est réveillé d'un coma hypoglycémique par l'injection de plasma concentré. Une fois réveillé, ce malade absorbe 200 cc. de jus d'orange et retombe rapidement dans le coma, dont il est de nouveau réveillé, définitivement cette fois, par une injection de plasma.

Très semblable est l'observation de Bergeron et Chertok (*Annales médico-psychologiques*, mars 1951). Il s'agissait d'un sujet de 39 ans, ancien déporté, qui présentait un délire hallucinatoire, et qui fut soumis à une cure de Sakel. Le coma est obtenu avec 60 à 70 unités

d'insuline. Toutefois, on note des « réactions paradoxales », que les auteurs décrivent ainsi : « Le coma étant très léger, on procède au resucrage par la sonde, celui-ci n'amène pas le réveil, mais entraîne au contraire un coma profond. C'est l'injection intra-veineuse de glucose qui produit le réveil. »

Ultérieurement, ce malade devait présenter un coma insulinaire prolongé, avec issue favorable, mais laissant quelques séquelles neurologiques. A la fin de leur article, les auteurs insistent encore sur ce phénomène paradoxal qu'ils ont noté. « Il convient de souligner la réaction de notre malade au resucrage : la première tentative de réveil par sonde ou par voie intra-veineuse approfondit le coma, ce n'est que dans un second temps que l'apport de glucose réveille le malade. »

Par conséquent, l'observation que nous rapportons n'apparaît pas isolée, et trois points sont à souligner :

1) la rapidité quasi-immédiate de l'apparition du coma (du moins avec les solutions sucrées) ;

2) la possibilité d'obtenir le même résultat avec des quantités de sirop relativement minimales ;

3) l'absence d'action spécifique des solutions sucrées puisqu'on aboutit au même résultat, quoique plus lentement, avec de l'eau pure.

Il reste à expliquer le mécanisme de ce phénomène. On sait que chaque augmentation physiologique de la glycémie, après un repas riche en glucides, par exemple, entraîne une décharge insulinaire qui, plus ou moins rapidement, arrive à juguler l'hyperglycémie transitoire. Ainsi se trouve réalisé l'équilibre glycémique auquel concourent l'ensemble des glandes endocrines hypoglycémiantes. Il s'agirait d'un mécanisme essentiellement humoral, puisque c'est le taux de la glycémie qui entraînerait une décharge hypoglycémiant grossièrement proportionnelle aux besoins, mais qui ne peut se faire sentir qu'après un temps de latence plus long.

Or, chez notre malade, nous avons été frappés par la rapidité surprenante de l'installation du coma. Il devient alors difficile d'expliquer de tels faits par un mécanisme purement humoral, qui manifestement ne peut entrer en jeu si rapidement. De plus, on envisage mal comment l'ingestion d'eau pourrait modifier la glycémie.

Aussi cette rapidité d'action, et cette absence de spécificité du liquide ingéré, conduisent à envisager la possibilité d'un processus purement réflexe. Il est probable que le simple contact du liquide avec la muqueuse gastrique entraîne, par l'intermédiaire du pneumogastrique, une insulino-sécrétion, qui déborde *in extrémis* les ultimes défenses chez un sujet au bord du coma.

Expérimentalement, Staub et Traugott ont montré que l'ingestion répétée de petites quantités de glucose entraîne une baisse progressive de la glycémie, comme si le passage du glucose dans le sang déclenchait une sécrétion insulinaire entraînant l'hypoglycémie observée.

Himsworth a étudié l'effet d'injections répétées de glucose sur la glycémie du lapin. Le résultat est d'abaisser la glycémie, en particulier chez les animaux soumis à un régime hydrocarboné. Il explique ces résultats par un phénomène d'activation insulinienn. L'insuline sécrétée par le pancréas serait inactive. Le foie sécréterait une kinase qui permettrait à l'hormone d'exercer son pouvoir hypoglycémiant. Le glucose sanguin favoriserait la production de cette insuline kinase.

En conclusion, le contact du liquide avec la muqueuse gastrique déclenche une décharge d'insuline, expliquant l'apparition du coma au cours du resucrage. Il s'agit vraisemblablement d'un mécanisme réflexe, comme le prouvent les faits cliniques.

Retenons, au point de vue pratique, la possibilité d'abrèger la phase prémonitoire au coma par l'ingestion liquidienne, chez un malade « au bord » du coma, la nécessité d'administrer de grosses doses de sucre intra-veineux en une seule fois pour déborder cette décharge hypoglycémique.

Suite aux essais thérapeutiques de rééquilibration instinctivo-affective : essai de traitement des syndromes d'excitation maniaque par certains dérivés ergotés (alcaloïdes hydrogénés, hydergine), par MM. Paul ABÉLY, A. ABDOUCHELLI, M. BEUCHER et J. FOURMENT.

On tend de plus en plus à admettre que les troubles instinctivo-affectifs puissent, pour une grande part, leur origine dans les perturbations des centres neuro-végétatifs du diencéphale et du complexe hypophyso-hypothalamique. La plupart des thérapeutiques actuelles s'orientent, plus ou moins clairement, vers cette conception ; qu'il s'agisse de la pyréthothérapie, associée ou non aux chocs électriques, des injections intraveineuses de cardiazol, de nicyl, de coramine, de maxiton fort, d'acétylcholine, etc..., combinées aux électrochocs. Il serait intéressant de faire maintenant le point de toutes ces tentatives, de les comparer dans leurs effets et leur efficacité selon le type clinique du syndrome ainsi traité. Nous comptons pouvoir vous présenter bientôt un tel bilan.

Dans une deuxième phase de nos recherches, nous avons volontairement abandonné les injections et les chocs pour nous adresser à des médicaments administrés par voie buccale ou rectale, sans autre association.

L'emploi du tétranium en suppositoire provoque, dans les anxiétés mélancoliques rebelles, d'heureuses transformations que nous aurons l'occasion de vous présenter bientôt. Aujourd'hui, nous voulons plus particulièrement insister sur la thérapeutique des syndromes d'excitation maniaque par certains alcaloïdes hydrogénés, dérivés de l'ergot de seigle. Nous avons employé la préparation française connue

sous le nom d'hydergine Sandoz. Elle est faite de l'association en partie égale de dihydroergocristine, de dihydroergocornine et de dihydroergokryptine.

A l'expérimentation, cette association s'est montrée douée d'une forte activité vaso-dilatatrice et sympatholytique. Schneider a par ailleurs montré que l'hydergine exerçait chez le chien une vaso-dilatation particulièrement active dans le territoire cérébral.

C'est pourquoi nous nous sommes adressé à l'hydergine pour traiter les états maniaques, quand nous avons connu à la fois son action et son innocuité. L'un de nous, en effet, avait cru pouvoir écrire, il y a quelques quatre ans, que l'orsqu'on aurait trouvé le vaso-dilatateur cérébral à effet prolongé on ne serait pas loin d'avoir trouvé le remède des syndromes d'excitation maniaque. C'est dans ce sens qu'il avait auparavant essayé le dilvasène, lequel lui était apparu surtout comme un vaso-dilatateur périphérique.

Une seule notion nous faisait un peu hésiter, celle qui indiquait que l'hydergine était un hypotenseur, car nous savions, par nos expérimentations antérieures, qu'il faut, au contraire, chez les maniaques favoriser l'élévation de la dite tension artérielle. Nous passâmes heureusement outre à cette apparente contradiction et nous eûmes la surprise de constater que chez nos excités, parallèlement à l'amélioration mentale, cette tension remontait. Utilisant ce même produit chez des mélancoliques relativement hypertendus, nous eûmes l'étonnement de contrôler le parallélisme inverse : une amélioration psychique et une baisse de la tension artérielle. De nombreux contrôles nous firent aboutir à ce même paradoxe.

Alors que nous avons terminé nos essais et que nous commençons à rédiger la présente communication, nous eûmes l'agréable occasion de lire, dans le numéro du 2 avril 1952, de la *Semaine des hôpitaux de Paris*, un article de MM. Donzelot, Kaugmann-Cozanet et Jegou, sous le titre : « Sur l'association de certains alcaloïdes hydrogénés de l'ergot de seigle dans le traitement de la maladie hypertensive ». L'hydergine leur apparut, comme à nous, être non un hypotenseur véritable (ou un hypertenseur), mais, avant tout, un stabilisateur de la tension artérielle et un équilibrant du système neuro-végétatif. L'apparent paradoxe de nos résultats recevait ainsi à la fois une confirmation et une explication.

Ces mêmes auteurs ont abouti comme nous à d'autres constatations identiques : à savoir que les doses faibles sont les doses les plus efficaces, que le traitement trop prolongé finit par s'épuiser dans son action, qu'enfin il faut le supprimer graduellement et non brusquement.

Nos essais se sont prolongés pendant trois mois environ et portent sur une trentaine de sujets. Les doses ont varié entre 5, 10 ou 15 gouttes, trois fois par jour, de préférence au petit déjeuner et aux deux repas (soit de 15 à 45 gouttes par jour). Il faut adapter à chaque

sujet la dose féconde. En général, les sujets jeunes ont besoin de doses un peu plus fortes que les sujets pré-séniles.

Une fois la dose optima repérée et fixée, il est inutile de l'augmenter, sinon on va à l'encontre du but poursuivi. Si l'amélioration se confirme de mieux en mieux, il y a même intérêt à baisser progressivement ces doses. Nous administrons le médicament par période de vingt à trente jours et par chiffres dégressifs, surtout dans les derniers jours (il peut être continué pendant les règles).

Parfois un seul traitement suffit, parfois il faut le recommencer après une quinzaine de jours de repos environ, pour éviter l'accoutumance, citée par plusieurs auteurs.

Nous avons ainsi réussi soit à faire cesser des accès qui duraient depuis plusieurs semaines, soit à juguler une rechute menaçante, soit enfin à atténuer considérablement des récidives intermittentes. L'action est assez souvent rapide et les modifications du psychisme, ainsi que celles de la tension artérielle, se remarquent dès le deuxième ou troisième jour. C'est le contrôle fréquent du chiffre tensionnel qui permet de fixer la dose optima. Il faut arriver à obtenir un écart de 2 environ (en plus chez les maniaques, en moins chez les mélancoliques), et s'efforcer de s'y maintenir. *Cet écart semble suffire à la rééquilibration neuro-végétative.*

Nous n'avons pas l'intention de vous citer toutes les observations ainsi groupées en trois mois. Nous vous en citons quelques-unes prises au hasard :

OBSERVATION 1. — Mme A..., 24 ans, agitation maniaque, violente et récidivante, ayant résisté jusque-là à toutes les médications classiques.

Le 11 février, elle est mise à l'hydergine (trois fois 15 gouttes par jour). Sa tension artérielle, de 10/6 passe au troisième jour à 12/6. Elle est plus calme mais encore un peu exaltée. Nous portons la dose à 20 gouttes trois fois par jour ; la tension artérielle monte à 13/6. Le sujet n'est plus excité mais, au contraire, extériorise une petite teinte mélancolique. Nous redescendons à 15 gouttes trois fois. Elle quitte le service parfaitement rétablie et se maintient telle depuis le 25 février 1952, après douze jours de traitement. Elle était internée depuis le 29 octobre 1951.

OBSERVATION 2. — Mlle B..., 72 ans, manie présénile très accentuée, sans le moindre affaiblissement intellectuel. Accès antérieurs identiques en 1919-1929-1950.

Rebelle à tous les traitements, nous la mettons le 8 février 1952 à l'hydergine, 20 gouttes trois fois, cela sans effet appréciable. Sa tension artérielle, de 16/9, était cependant montée à 17/11. Après quelques jours de suspension, nous reprenons l'hydergine en diminuant la dose de moitié, 10 gouttes trois fois ; la tension artérielle monte à 19/10. Elle quitte le service guérie, après vingt jours de cette thérapeutique.

OBSERVATION 3. — Mme C..., 47 ans, nombreux accès maniaques au cours de sa vie. Ceux-ci deviennent plus fréquents et plus violents à l'approche

de la pré-ménopause. Elle présente des accès mensuels, en général pré-menstruels. Le 31 janvier 1952, il y a menace de rechute ; la tension artérielle est de 10/6. On administre aussitôt 10 gouttes trois fois d'hydergine à partir du 1^{er} février. La tension artérielle remonte à 11,5/7 trois jours plus tard. La rechute a été évitée. Dans les jours suivants, on descend la dose à 5 gouttes trois fois, le calme persiste. Malheureusement, un retard dans la livraison du médicament nous oblige à suspendre celui-ci pendant trois jours (au 15^e jour du traitement). La crise apparaît dès le soir du 3^e jour de suspension.

Depuis trois mois, en reprenant l'hydergine en temps voulu et suffisant, la crise mensuelle est, soit évitée, soit considérablement atténuée et écourtée.

OBSERVATION 4. — Mme L..., 27 ans, violente agitation maniaque. Tension artérielle : 10/7. Après quelques jours de traitement, la malade se calme (10 gouttes trois fois par jour). La tension artérielle est de 12/7,5.

OBSERVATION 5. — Mlle Ch..., 38 ans, premier accès maniaque mais violent. Tension artérielle : 11/6 ; après tâtonnements, on lui administre l'hydergine à 10 gouttes trois fois. La tension artérielle se maintient maintenant à 13/7. Le calme est revenu, la sortie est prochaine.

OBSERVATION 6. — Mme D..., 58 ans, nombreux accès maniaques au cours de sa vie. Sa tension artérielle est de 16/9 quand elle entre dans le service pour un nouvel accès. Au bout de deux jours d'hydergine, 5 gouttes trois fois, elle se calme mais sa tension artérielle reste inchangée. Le cinquième jour, menace de rechute ; on augmente la dose, 10 gouttes trois fois. La tension artérielle est à 17/9 ; le calme apparaît cette fois comme beaucoup plus stable.

OBSERVATION 7. — Mme B..., 67 ans, présente un violent et impulsif état maniaque. Elle a eu un accès identique à l'âge de 30 ans. Après l'échec de nombreux traitements, alors qu'elle est dans le service depuis plus d'un an, elle est mise à l'hydergine le 31 janvier dernier. C'était une des premières malades à qui nous administrions ce médicament et nous étions alors en pleins tâtonnements quant à la posologie. Nous débutâmes pendant trois jours à 5 gouttes trois fois, puis nous passâmes à 15 gouttes trois fois. La tension artérielle subit des oscillations peu accentuées mais curieuses : 16/10 le 31 janvier, 17/10 le 1^{er} février, 18,5/10 le 2 février, 16,5/9 le 3 février, 17/10 les 4 et 5 février, 18/12 le 6 février. A partir de ce jour, nous augmentons les doses (20 gouttes trois fois) ; la tension artérielle est de 19/12. Non seulement la malade est calmée, mais elle apparaît comme mélancolique. La rééquilibration neuro-végétative est dépassée. Nous tentons de réduire les doses mais l'accès maniaque réapparaît. Notre échec relatif était dû à notre inexpérience du début.

Par la suite, en adoptant des doses adéquates, nous n'avons pas pu entièrement juguler les récidives, mais celles-ci sont de plus en plus brèves et de moins en moins violentes.

OBSERVATION 8. — Mme R..., 38 ans, présentait des accès maniaques récidivants à chaque période prémenstruelle. Depuis février, ses accès ne se sont

plus produits. L'intéressée vit normalement chez elle grâce à l'administration préventive et mensuelle d'hydergine (20 jours par mois, à partir de l'ovulation ; pendant cinq jours, 10 gouttes trois fois ; pendant dix autres jours, 5 gouttes trois fois ; 5 gouttes, 4 gouttes, 3 gouttes, 2 gouttes et 1 goutte : trois fois les 16^e-17^e-18^e-19^e-20^e jours).

OBSERVATION 9. — Mlle D..., 50 ans ; elle est mélancolique, récidivante, cela depuis une castration chirurgicale. Au cours d'un accès débutant, la malade est mise à l'hydergine, 10 gouttes trois fois. Sa tension artérielle est de 20/11 au départ, elle est à 16/8 dix jours plus tard. Parfaitement calme, Mlle D... part en permission.

Naturellement, nous avons eu quelques insuccès, mais seulement dans des états maniaques où s'intriquaient de gros éléments confusionnels.

L'hydergine nous apparaît donc comme un produit intéressant dans le traitement des accès maniaques francs. Mais nous n'avons pas la prétention d'en faire la panacée de tels syndromes.

Chez certaines de nos malades, suivies et traitées ainsi depuis trois mois, il semble bien, hélas ! que, comme avec tous les médicaments, le sujet finit par s'adapter à la drogue et que celle-ci perd de son efficacité. Dans de tels cas, l'augmentation des doses n'est d'aucune utilité.

Mais chez des individus neufs, en instituant, grâce au contrôle de la tension artérielle, la dose féconde, on assiste à des résultats indiscutables et rapides. Chez ceux plus anciens, la récurrence peut être jugulée ou évitée, et, au pire, fortement écourtée et atténuée.

Il nous semble enfin que chez des sujets sortis guéris, mais menacés de rechute plus ou moins lointaine, un traitement préventif et régulier, mais intermittent (pour éviter l'accoutumance), est capable de modifier heureusement leur avenir.

Toutes ces thérapeutiques des troubles instinctivo-affectifs, qu'elles soient faites par des injections ou par des ingestions, qu'elles soient associées ou non à des électrochocs, permettent d'aboutir à de frappantes améliorations plus ou moins durables, quelquefois transitoires ou incomplètes. Mais elles indiquent, chaque jour un peu mieux, la voie à suivre, à creuser et à perfectionner.

Le traitement par les alcaloïdes hydrogénés de l'ergot de seigle nous semble mériter sa place parmi ces lueurs encore incertaines qui éclairent la route de l'avenir (1).

(1) Nous remercions les Laboratoires Sandoz de nous avoir abondamment pourvus de l'hydergine nécessaire à nos essais de traitement.

Indications de la sortie des délirants,
par MM. G. DAUMÉZON, P. KOECHLIN, P. PAUMELLE.

Les arriérés, les déficitaires et les délirants forment sans doute l'essentiel du culot peu réductible par la thérapeutique qui encombre les asiles. Il est admis qu'une organisation adaptée comporterait une assistance spécialisée pour les deux premières catégories dont les représentants sont nettement hétérogènes au reste de la population psychiatrique. Mais le délirant pose un problème différent, que le médecin résout en fonction de sa situation propre, de la nature de ses relations avec le malade et de la conception qu'il se fait de l'origine et de l'évolution du délire.

Dans un travail plus étendu, nous comptons exposer les fondements des décisions qu'un médecin de 1952 peut envisager pour adopter une attitude envers un délirant, une fois que l'échec des diverses tentatives de thérapeutique biologique ne permet plus d'espérer une modification prochaine du délire.

Dans la conception classique, le délire reste une construction secondaire, que la personnalité du malade édifie sur la base des données, soit sensorielles, soit cœnesthésiques, fournies par le processus maladif. Les orientations vers tel ou tel type de réactions auto- ou hétéro-aggressives étant en outre données par la « constitution » du malade. Aussi bien, l'attitude à l'égard du délirant consiste-t-elle à tenter de faire disparaître le syndrome basal, à modifier, si l'on pense que c'est possible, sa constitution. Ces tentatives prendront un tour différent selon les orientations, nous allions dire les croyances, de chacun. Tel nous dit, dans un entretien, les succès qu'il a obtenus par des séries de nucléinate, tel autre combat le syndrome hallucinatoire par les injections intraveineuses de novocaïne, etc...

Mais, au demeurant, devant un processus ancien et solidifié, le problème reste celui des critères qui permettront au médecin de prendre le risque de la sortie : systématisation, désignation nominale du persécuteur, caractère des réactions. Notre dessein n'est en rien de critiquer les immuables données d'une expérience séculaire, mais plutôt de voir si l'on ne peut être plus précis dans un sens analogue.

Les exemples ne manquent pas, fournis par des maîtres révéérés, d'audaces répétées aboutissant à la liberté prolongée de malades qui, cependant, présentaient parfois un délire bien systématisé, désignaient leur persécuteur, etc... L'un de nous, interne chez Capgras, voyait celui-ci recevoir périodiquement les lettres écrites par une éroto-maniaque à l'objet de son délire, le médecin étant la boîte aux lettres acceptée, dont on savait qu'elle retenait la plupart, sinon la totalité des messages. En 1935, le « manège » durait depuis plus de quinze ans... Cent autres exemples seraient facilement fournis, d'autant plus démonstratifs, d'autant plus dignes de réflexion, que le médecin a suivi de longues années le malade.

Nous recevons chaque jour, dans nos services, des sujets dont le délire a été parfaitement compatible avec la poursuite d'une activité, d'une vie sociale, assez complète. Notre hypothèse peut être ainsi formulée : si devant un délire, sans abandonner la recherche de ses fondements physio-pathologiques, nous étudions son dynamisme propre, sa téléologie, sa psychopathologie (au sens français restrictif), ne pouvons-nous aboutir à une prévision plus exacte des réactions, à une ligne d'action psychothérapique qui, poursuivie auprès du sujet après son départ de l'asile, nous donnera finalement plus de sûreté dans nos décisions que la stricte application des règles classiques.

Il s'agit en somme, en présence de chaque délire, au cours du contact que nous avons avec le malade, de nous rendre un compte exact de la fonction qu'il joue dans l'existence du malade. Certes, le plus souvent, une aperception assez vague se dégage des premières relations avec un sujet : aperception de son monde, de la place qu'il y occupe, du rôle qu'il y joue, rôle réel et rôle phantasmatique, caractère des investissements affectifs que lui procurent la réalité et le monde délirant, etc... Ces aperceptions conservent un caractère hypothétique, elles demandent à être mises à l'épreuve d'expériences. Il nous semble que l'internement peut être conçu essentiellement comme une série de ces expériences ; et l'exacte connaissance des relations individuelles et de groupe, des significations des conduites que doit subir le malade, est un des fondements de la réflexion du médecin en face de ce dernier. Sans doute l'expérience doit-elle être poussée plus loin, les relations médecin-malade sont un de ces lieux d'élection pour les recherches qui nous intéressent, et c'est lorsque l'action du médecin (et pas toujours sa personne) est impliquée profondément dans le comportement délirant, qu'il est alors possible à celui-ci de porter un jugement sur les réelles possibilités de réaction du malade, mais en même temps naît pour lui le devoir impérieux, devant un sujet non guéri, de poursuivre son action et de fournir au processus pathologique les médications apaisantes qu'il réclame. En termes plus concrets : « l'aliéniste », qui s'est ainsi rendu compte du dynamisme du délire, qui a accédé à la conscience du rôle que le médecin peut y jouer, se doit de suivre son malade au dehors.

C'est un des buts essentiels que nous avons poursuivis dans les consultations du soir, pour malades sortants, que nous avons organisées depuis un an grâce à l'hospitalité accordée par l'Office public d'hygiène sociale. C'est un des enseignements que nous a confirmés l'expérience d'une année de fonctionnement que nous comptons vous apporter dans une prochaine séance.

La place nous manque pour exposer le détail même d'une observation, plus encore pour énumérer un catalogue de ces conduites du médecin et du malade. Nous nous contenterons donc d'en citer quelques-unes nous paraissant topiques et susceptibles d'éclairer notre perspective.

A l'égard de nombre de persécutés, l'internement, spécialement avec la série de formalités et de vexations qui l'accompagnent dans la région parisienne, nous paraît être le premier contact avec une « persécution objective » (il n'est sans doute pas indifférent que les agents en soient des personnes du sexe même du malade), et nous pensons que cet aspect est une des explications les plus valables de certaines des améliorations spectaculaires (allant jusqu'à la suspension, voire l'arrêt, des hallucinations) qu'il apporte parfois. Les contraintes variées qui en découlent, la croyance, somme toute fort justifiée, qu'il entraîne en une surveillance secondaire, sont parfois un des éléments utiles. Dublineau a récemment insisté sur le manie-ment de la contrainte, à condition d'en limiter l'emploi strictement à ses indications (que seul le médecin peut fixer), elle peut être utile. Souvent, d'ailleurs, nous voyons le séjour à l'asile fournir une orientation nouvelle au délire : plusieurs de mes malades viennent nous dire, une fois sortis, les réminiscences obsédantes et angoissantes de la vie asilaire, phénomènes pénibles sans doute, mais tout de même investissements plus proches de la réalité que le délire.

Le rôle de rédempteur que le médecin peut jouer à l'égard de ces malmenages lui assigne une place privilégiée pour tout le jeu ultérieur.

Dès le séjour dans le service, mais plus encore lors des relations ultérieures, le médecin joue un rôle dans l'isolement, dans l'enkystement des processus délirants : le processus s'établit et s'enracine dans certaines conduites : « Venez me parler de tout cela dans mon bureau », ou plus encore au dispensaire, réception séparée du malade et du conjoint. Ainsi s'établit, autour du délire, une conduite de secret, de secret partagé avec le médecin, source d'une relation dont celui-ci doit constamment surveiller l'évolution.

La libre communication du secret a souvent une valeur cathartique et nous savons à cet égard le rôle important des relations téléphoniques. Elle implique en outre toute une psychologie de dépendance, il n'est que de se reporter à la formule : « Je le dirai à papa » ou « à maman », des enfants.

Ainsi se fondent et se consolident des liens qui donnent au médecin un rôle inhibiteur des réactions, dont on ne saurait méconnaître la puissance.

Mais ce sont là des aspects superficiels, le processus pathologique subit souvent des métabolismes plus complets, témoignages de la profondeur des mécanismes atteints : la plupart des délirants que nous suivons au dispensaire présentent des conversions en syndromes plus ou moins douloureux, eczéma, céphalées, rhumatismes, dont on nous entretient longuement, qui occupent toute la scène : « Maintenant, docteur, ce qui me tient, ce sont mes maux de reins. » Il va de soi que nous y attachons la plus grande importance et que nous prescrivons parfois des traitements ou orientons vers des confrères...

Souvent encore, l'évolution se fait vers la prévalence de certains

soucis, plus ou moins légitimes. Telle persécutée se préoccupe désormais exclusivement de la santé de son fils..., et aussi (aspect plus gênant), de sa conduite.

Le psychiatre qui assiste à ces évolutions se trouvera aux prises avec des difficultés variées : le délire peut malgré tout prendre un tour plus dangereux, mais la surveillance et la confiance du malade créeront tout de même les meilleures conditions pour parer au danger ; les troubles du comportement seront un facteur de plus en plus gênant dans le cadre familial, ici, nous devons peser en toute conscience le droit légitime de l'entourage à la tranquillité et le droit à la liberté du malade.

L'action du psychiatre ne se limite pas au malade lui-même, il voit la famille, le conjoint, les enfants ; le fait de son intervention modifie l'attitude de ces derniers. A l'asile, la famille vient pour demander la sortie ou le maintien, la demande de nouvelles impliquant surtout l'une ou l'autre des requêtes. Au dispensaire, ou même seulement à l'asile, avant la sortie et en vue d'un encadrement ultérieur, l'attitude est profondément différente, et telle famille, au départ revendicante ou résignée, se révèle beaucoup plus active dans un sens thérapeutique. L'accession de la famille, voire quelquefois du groupe professionnel, à un comportement objectif en face du délire, est de nature à profondément modifier des raisons d'être de ce dernier.

Il conviendrait encore d'insister sur la signification de l'action de l'assistante-sociale, souvent bouc-émissaire, dans l'impossibilité où elle se trouve de réaliser telles ou telles conditions posées par le médecin ; souvent aussi élément d'intégration dans la réalité par son action dans les démarches variées : la résolution des difficultés pratiques de la sécurité sociale n'a pas qu'un effet purement matériel, elle joue aussi dans la position du malade devant la société, accentuant pour le médecin l'action de renforcement du moi réel, but, en dernière analyse, de toute psychothérapie.

Dans ce cadre, sans doute, l'exigence chère à Baruk de constante authenticité envers le malade, trouve toute sa valeur. Mais elle doit s'allier à une compréhension plus profonde que l'exposé, que la « chitannie » ne laisse pas entrevoir : le médecin doit savoir à tout instant quelle est exactement sa place dans le jeu des affects du sujet, quelle en est la dynamique consciente et surtout inconsciente, afin de donner toute son efficacité à une constante sincérité, qu'il ne saurait en aucun cas abandonner, sans pour autant s'engager personnellement, en tant que *juge*, dans les problèmes du malade, comme nous y convie Baruk.

Au total, en face d'un délirant, la possibilité de vie au dehors est fonction de son adhésion au réel. Cette adhésion est étroitement fonction de la nécessité, — externe et interne —, de son délire. C'est d'elle que doit être juge le médecin que l'internement a projeté, bon gré mal gré, dans la vie du malade, comme un témoin de la réalité. C'est une méconnaissance de cette situation que de s'en tenir à la

stricte chronique de l'histoire délirante (systématisation, désignation du persécuteur, etc...) pour en tirer de l'extérieur des pronostics sur son évolution. Cette attitude est une fausse objectivité, en fait, le médecin est acteur, — s'il « reconnaît » le délire, il lui confère une réalité supplémentaire —, il peut au contraire, en le combattant sur le plan physiologique, rester un témoin de la réalité et, dans nombre de cas, conscient de l'efficacité de ce témoignage, fournir sur l'évolution une vue authentique, en même temps que ses possibilités de l'infléchir favorablement sont accrues.

Si ces considérations fragmentaires et bien incomplètes sont adoptées, il semble que deux conséquences pratiques doivent automatiquement en découler :

— primauté absolue du médecin dans les décisions à adopter à l'égard d'un malade auprès duquel il joue seul un rôle original et ultérieurement difficilement remplaçable ;

— nécessité de prolonger souvent de façon indéfinie l'action du médecin, dans des consultations accessibles même pour des sujets ayant une vie active (d'où consultations du soir), avec adoption de formes très variées de la surveillance du malade.

En toute humilité, nous avons désiré soumettre ces réflexions à vos critiques, portés que nous sommes à les tenir, tantôt pour l'expression de vérités premières, tantôt pour la manifestation d'une assez sottise présomption.

La convalescence des états réactionnels, par M^{me} Agnès MASSON.

Je reconnais tout d'abord que le terme de « convalescence des états réactionnels » est impropre, et parce que le mot « convalescence » ne peut s'appliquer qu'à la suite d'une maladie (et les états réactionnels ne sont pas des états pathologiques à proprement parler), et parce qu'il paraît impliquer pour ainsi dire une différence qualitative d'avec la première partie de l'évolution, tandis que le caractère même de l'état réactionnel, c'est le parallélisme avec l'expérience vécue, qui se poursuit du commencement jusqu'à la fin. Mais il a cependant une valeur d'intelligibilité.

Sans revenir sur l'étude des états réactionnels, je crois utile de citer deux publications récentes, l'une antérieure, celle du psychanalyste suisse Beno, l'autre contemporaine de ma dernière communication (déposée d'ailleurs depuis deux mois au bureau de notre Société).

Après avoir défini psychanalytiquement la névrose réactionnelle comme un état dans lequel « le matériel refoulé occupe une zone spatiale plus proche du conscient que de l'inconscient » (notion d'intelligibilité), il affirme : 1° que « le retentissement de la névrose (nom que je considère impropre, et qui est également renié actuelle-

ment par Hesnard) réactionnelle sur le caractère et le comportement du sujet paraît plus accusé et plus étendu que dans la névrose constituée » ; 2° que « les sources psychogènes des manifestations dites réactionnelles ne semblent pas comporter l'importance, la complexité et l'enchevêtrement des phénomènes névrotiques constitués » ; 3° que l'« action traumatique des éléments psychogénétiques est d'intensité réduite et s'exerce par contre, dans le temps et dans l'espace, pendant une durée relativement longue ». Et il ajoute que l'état réactionnel peut « ultérieurement se superstructurer, en quelque manière, par l'adjonction secondaire (névrotisation secondaire) des éléments qui rentrent dans la constitution d'une névrose banale ».

Le professeur Hesnard vient d'écrire sur les états réactionnels une page profondément humaine, où il analyse certains aspects jusqu'alors négligés, dont le rôle est important dans l'étiologie des conséquences que l'état réactionnel (je veux éviter le mot complication) peut avoir pendant la « convalescence ». Je souligne moi-même certaines phrases, non soulignées dans le texte : «...Il s'agit... le plus souvent de *tension émotive prolongée, liée à des événements présents et réels de sa vie d'adulte, d'homme mûr ou âgé*. Il s'agit de circonstances de la nature de celles qui menacent la sécurité, l'espoir et avant tout le sentiment interne de valeur humaine, morale et sociale de l'individu, jusqu'ici fort devant la vie et ses luttes : échecs professionnels ou sociaux, déracinement national, humiliations raciales, patriotiques ou d'honneur, responsabilités encourues avec effort, puis aboutissant à une *déception faisant douter de soi-même, ou amenant une suspicion de la part de la société*, contradictions entre une vocation irréalisée et une profession rebutante, etc. Il s'agit également souvent d'*efforts prolongés*, soit pour cacher une misère secrète, soit pour surmonter un malheur vrai. »

Les conclusions qui se dégagent de l'étude des états réactionnels qui ont servi de base à ma communication antérieure sont superposables en partie à celles de Beno et d'Hesnard.

1° Si dans ces états il n'y a pas de phase aiguë proprement dite, la période qui peut ressembler en apparence à une convalescence est en réalité parfois très longue ; le vieil adage, « le temps, le grand guérisseur », joue évidemment, mais parfois seulement au bout d'une très longue période, et sous l'influence de l'évolution de l'expérience vécue qui est en réalité l'élément « guérisseur ». Faut-il mettre cela en rapport avec le fait que le plus souvent il s'agit de sujets qui ne sont plus jeunes, mais à l'époque du fléchissement physiologique ? Ce n'est là qu'une hypothèse, et rien de plus.

2° Le surmenage, — caractère commun à tous les états observés —, joue-t-il un rôle favorisant dans la « sensibilisation émotive », selon Dupré ? Cela expliquerait aussi que l'instabilité émotive réelle ou apparente (conférer plus loin) paraît souvent augmenter au cours de l'évolution.

3° Le vrai déprimé est un homme qui s'abandonne, le réactionnel est un homme qui lutte. D'un côté cette lutte l'use, et de l'autre elle entraîne une série de soubresauts. On a parfois l'impression de la disparition de troubles que l'on voit ensuite réapparaître brusquement, la résistance du sujet diminuant avec le temps ; il « réagit » de plus en plus mal, et on peut être à tout moment à la veille d'une réaction grave. C'est pourquoi Beno peut dire que le retentissement des états réactionnels sur le comportement du sujet peut être plus accusé et plus étendu que dans les états pathologiques, et cela jusqu'à la fin de l'état réactionnel.

4° La réaction grave par excellence est le suicide, parfois réalisé, parfois raté, mais qui, en cas d'échec, présente une différence nette d'avec le suicide des déséquilibrés émotifs ou intellectuels et des obsédés, étudié encore récemment par Alliez et Cain. Dans ce dernier, il y a un effet apaisant et la tentative ne se renouvelle généralement pas. Dans l'état réactionnel, le sujet peut le côtoyer pendant longtemps, ou le renouveler après le premier échec. Cependant, même si cette tendance au suicide peut prendre momentanément un léger caractère obsédant, elle n'en disparaît pas moins définitivement dès que les causes intelligibles disparaissent. Les suicides ou les tentatives de suicide des états réactionnels sont le fait de sujets bien équilibrés, souvent entraînés à l'action et au combat, souvent sans aucune défaillance antérieure dans leur résistance : témoins certains exemples connus de tous et ayant eu en leur temps un retentissement dans la presse, d'une personnalité politique de premier plan quelques années avant la guerre (campagne violente de presse et apparition du doute autour de lui), et une personnalité marquée du monde intellectuel (campagne violente de presse autour d'une inculpation qui s'est révélée fausse après la mort de l'intéressé).

5° On peut constater dans les états réactionnels des syndromes d'évasion plus ou moins discrets, mais dépassant l'intensité habituelle de la tendance à l'acbiose fréquente dans les convalescences (ils avaient été signalés jusqu'à présent seulement dans les états constitutionnels ou à la suite de chocs affectifs violents et uniques). Son caractère anormal peut être ressenti par le sujet, mais accepté momentanément comme un élément de soulagement.

On peut se demander s'il n'y a pas lieu de rattacher à cela certains cas de pseudo-mensonge ou de même de faux aveux. Les observations qui ont servi de base à cette étude n'en offrent pas d'exemple réalisé. Mais dans l'une d'elles le sujet dit avoir pensé plus d'une fois : « Si au moins c'était vrai ! Ça aurait été plus simple » ; un sujet d'un niveau mental inférieur, quelques pressions aidant, n'en serait-il pas arrivé à l'aveu, ensuite renié ?

6° Dans certains cas, des réactions affectives sociales, ethniques, ou simplement régionales, peuvent apparaître ou réapparaître chez des sujets intégrés à un autre mode de vie : un paysan n'a pas les

mêmes réactions qu'un citadin, un montagnard n'a pas celles de l'habitant d'une grande ville, et des différences profondes séparent celles du Marseillais, du Breton, du Corse, d'un Auvergnat ou d'un homme des Flandres.

7° Des symptomatologies secondaires d'origine toxique ou autre peuvent encore compliquer la présentation du sujet : intoxication tabagique, le sujet inactif et soucieux prend ou reprend des habitudes tabagiques pour s'étourdir ou simplement pour « tuer le temps » ; parfois de légères intoxications médicamenteuses involontaires (eupnéiques, etc.), ou partiellement voulues par le sujet pour s'« abrutir » et pour atténuer l'état pénible d'attente en raccourcissant la durée subjective du temps ; parfois des phénomènes d'avitaminose, relativement fréquents, soit que le sujet vive et mange « au petit bonheur », comme conséquence matérielle de l'expérience vécue, soit à cause de la carence déterminée par l'usure nerveuse ; des éléments secondaires hépatiques ou autres, en rapport avec les éléments précédents ; enfin, parfois, une rechute d'un Burnand-Jacquelin, déterminée par ces mêmes causes, ou même d'une forme bacillaire plus sévère. Certaines de ces symptomatologies secondaires, loin de s'atténuer, s'accroissent au fur et à mesure de l'évolution de l'état réactionnel.

C'est pourquoi les états réactionnels prêtent à des erreurs de diagnostic différentiel d'avec les états pathologiques vrais, erreurs variables suivant le moment de l'examen à cause des variations de l'état réactionnel en rapport avec l'évolution de l'expérience vécue et avec l'évolution des symptomatologies secondaires.

1° On peut prendre un réactionnel pour un déséquilibré émotif constitutionnel ;

2° le prendre pour un asthénique constitutionnel ;

3° prendre pour une irritabilité en rapport avec un état psychiatrique l'agacement d'un réactionnel fatigable et fatigué par un interrogatoire maladroit ou inopportun ;

4° prendre, à cause du « halo » émotif, pour des éléments revendicatifs ou délirants ce qui est en rapport avec des faits réels. Il ne faut pas oublier que les états réactionnels les plus intenses peuvent intervenir en présence d'une injustice judiciaire, ou de toute façon grave, et mettant en danger, selon l'expression d'Hesnard, « la valeur humaine, morale et sociale de l'individu » ; le résultat d'un examen peut être très différent s'il est fait à un moment où le sujet « réagit » bien ou à un moment où il « réagit » mal ;

5° prendre pour un élément discordant « la sensation d'éloignement du monde extérieur », ainsi que la définissait un de nos sujets ; la prise de contact se rétablit immédiatement ou très rapidement, selon l'étape de l'évolution de l'état réactionnel, dès que les circonstances de l'expérience vécue s'améliorent ; des souvenirs d'un passé qui s'éloigne et que le sujet veut instinctivement éloigner paraissent

flous et embrouillés, et peuvent donner l'impression de vague ou de quelque chose qui « se construit » lorsqu'il s'agit au contraire de quelque chose qui « s'évoque mal » ;

6° donner une valeur absolue à des déclarations que le sujet peut faire par lassitude au cours d'un interrogatoire qui lui est pénible ;

7° enfin, poser le diagnostic de simulation si on examine le sujet à un moment où « ça va » ou bien à un moment où il parvient à réagir ; tel sujet se voit traiter d' « euphorique » ou d' « enjoué », lorsqu'il était au contraire très peiné, mais essayant d'avoir « une contenance » (conférer l'expression « gaieté forcée »).

Les états réactionnels, restant en dehors du pathologique, auquel ils n'aboutissent qu'exceptionnellement (et encore avec un pronostic de curabilité constante dès que l'expérience s'améliore), sont la manifestation d'une souffrance intense et des diverses conséquences qu'elle a sur le sujet. Ils se réalisent dès que celle-ci enserme le sujet dans un étau, le faisant plier sous un poids trop lourd pour lui (ce qui peut expliquer certains fléchissements de l'âge mûr), contre lesquels il essaie de lutter de toutes ses forces, s'usant lentement dans cette lutte (« la tension émotive, intensifiée jusqu'à l'effondrement de la résistance », Hesnard).

Ils ont cependant une importance psychiatrique, et parce qu'ils éclairent certains phénomènes des états pathologiques, et parce que leur méconnaissance peut entraîner des erreurs graves sur le plan psychiatrique (aussi bien au point de vue du diagnostic que de la thérapeutique : éviter par exemple la lourde erreur de prescrire du repos à un réactionnel, qui a besoin au contraire d'une reprise de travail rapide et revalorisante) : « Seul le médecin, habitué à analyser la douleur morale, peut différencier la souffrance légitime de sujets sensibles sans être névrosés. » (Hesnard).

Les séquelles des états réactionnels, par M^{me} Agnès MASSON.

Pour comprendre les séquelles des états réactionnels, on peut se rapporter, je ne dis pas au mécanisme réel, qui nous est en fait inconnu, mais à l'impression plus ou moins valable que nous pouvons en avoir.

En effet, tout se passe comme si la personnalité, un moment désagrégée, se réagrégeait suivant une modalité qui n'est pas forcément l'ancienne, mais peut en être relativement loin, reproduisant parfois avec plus ou moins de fidélité une modalité antérieure.

Un médecin non psychiatre, homme intelligent et fin, me disait récemment : « Il y a en nous plusieurs hommes superposés. C'est tantôt l'un tantôt l'autre qui affleure. Je pense que c'est cela qui cause actuellement tant de troubles mentaux et tant de souffrances chez certains. »

Tout se passe comme si la tension psychologique prolongée et la souffrance avaient déconnecté des plans psychologiques superposés et fait même œuvre de désagrégation à l'intérieur de certains d'entre eux. La vie psychologique ultérieure subit pour ainsi dire les conséquences des soubresauts, des failles qui se sont produites dans cette stratification de couches superposées composant la personnalité. Il s'opère, à la fin de cette période tensionnelle, comme des tassements définitifs, pour ainsi dire tectoniques, pour utiliser une expression chère aux géographes. Et les modifications de la personnalité qui en résultent (les « bienfaits des épreuves ») sont le résultat de ce travail de mise en place.

L'expression de l'homme qui souffre, qui « se raccroche à son passé », dénote en fait l'effort fait pour essayer de ressusciter le passé, pour combattre le présent, pour chasser un « présent qui fait du mal ». Là aussi l'attitude du réactionnel est très différente de celle du déprimé et du déséquilibré : au lieu de rechercher « le refuge dans la maladie » il cherche des forces dans les couches profondes de son psychisme pour compenser l'aide extérieure défaillante.

Au début de 1948, en utilisant la comparaison de l'expérience concentrationnaire en psychiatrie, je citais des passages de David Rousset et Martin-Chauffier, non seulement l'étude de la « déshumanisation », de la « dissociation des êtres » (David Rousset et Martin-Chauffier), c'est-à-dire de la désocialisation (inverse de la resocialisation, expression dérivée depuis), mais aussi de la reconstitution d'une mentalité différente (ou d'une personnalité différente), à la suite de cet éloignement progressif de l'ancien horizon. Je citais entre autres le passage de David Rousset concernant ceux qui étaient internés depuis de très longues années : « Ils écoutaient attentivement, et pourtant je sentais qu'ils nous écoutaient à peine... Les problèmes et les émotions dont je parlais, qui avaient encore pour nous une fraîcheur, leur paraissaient lointains et insoutenables... Ils vivaient en circuit fermé et avaient perdu l'intérêt des réactions, des malaises et des forces de la société libre. » A noter qu'il en arrivait de même chez les « chroniques » des hôpitaux psychiatriques qu'on fabriquait jadis ; et c'est en tenant compte de ces phénomènes que j'avais essayé de réaliser, dans des expériences antérieures, des modalités différentes d'assistance psychiatrique intra-asilaire et de réadaptation.

Par élimination successive de certains éléments de la vie psychique consciente, par adjonction ou par résurrection d'autres au niveau de la conscience, dans un travail de regroupements successifs, le sujet en arrive à une mentalité, à un « horizon » qui peut être très éloigné du point de départ. J'avais remarqué et fait remarquer que le langage même de certains chroniques, et leur attitude, pouvait avoir en partie cette origine, différente de l'origine pathologique proprement dite, et qu'il fallait pour cette raison leur faire parcourir « le chemin

inverse » (1948). Faute de chaînons intermédiaires entre le départ et l'arrivée, il peut y avoir incompréhension ; c'est pourquoi deux personnes, restées longtemps éloignées, se comprennent mal (drame du retour au foyer des déportés et des prisonniers).

C'est à des phénomènes de même genre que paraissent dues les modifications de la personnalité dans les états réactionnels et certains phénomènes qui en sont la manifestation transitoire ou définitive ; ils sont d'ailleurs favorisés par l'isolement, qu, pour des raisons diverses ou simplement humaines, est souvent le lot de ces sujets.

C'est à cela que paraissent pouvoir être rapportés certains « abandons », certains « reniements » sur le plan affectif ou doctrinal qui suivent certains états réactionnels, tout comme peut-être certaines « trahisons », au cours de ces mêmes états. De même, au « repentir » des emprisonnés paraît correspondre, lorsqu'il est sincère, le « redressement moral » de l'ancien emprisonné, manifestation d'une modification de la personnalité. Le condamné à mort pour trahison, qui meurt en criant « Vive la France ! » paraît être revenu également, d'une façon plus ou moins consciente, à une mentalité antérieure à la suite de phénomènes analogues (conférer la reviviscence des sentiments religieux de l'enfance chez ceux qui souffrent ; conférer aussi le phénomène neurologique des mots que peuvent prononcer les anesthésiés dans une langue étrangère, parfois oubliée, mais qu'ils avaient parlée dans leur enfance).

D'autres psychiatres pourront, s'appuyant sur un plus grand nombre de cas, vérifier la fréquence des constatations de ce genre, la valeur de ces comparaisons empiriques, redresser les erreurs d'appréciation qui ont pu intervenir et apporter des aperçus plus précis ou nouveaux, permettant d'approcher de l'explication de ces phénomènes. Il m'a semblé cependant utile dès maintenant d'apporter les observations qu'il m'a été donné de faire sur les séquelles psychiques observées et d'indiquer sommairement les impressions qui me paraissent s'en dégager.

Les états réactionnels peuvent également s'accompagner, — ce qui peut paraître absurde à première vue, si on donne à cette expression une valeur trop rigoureuse d'élimination de tout élément neurologique —, d'un certain nombre de modifications transitoires ou définitives, révélant une action sur les centres diencéphaliques. Mais ces modifications existent transitoirement au cours des émotions et, d'une façon moins transitoire, au cours des intoxications momentanées, par exemple causées par la faim (étude qui mérite également d'être reprise). Les observations faites sur les sujets qui ont servi de base à cette étude nous montrent plusieurs ordres de faits, dont le premier est banal.

a) Les troubles du sommeil : l'insomnie de la période réactionnelle peut subsister définitivement ou pendant très longtemps si elle n'est pas traitée, ou réapparaître rapidement en cas de cessation du trai-

tement, ou lors de la moindre émotion. « Les soucis lui ont fait perdre le sommeil », dit l'expression courante.

b) Modifications de la tension (augmentation) : deux cas (augmentation de 2 et demi et 3 au Vaquez, en quelques mois). A rapprocher des constatations des auteurs soviétiques concernant les fortes augmentations de la tension artérielle chez des sujets jeunes au cours du terrible siège de Léninegrad, où une grande partie de la population mourut de faim, et que les seuls phénomènes d'avitaminose ne paraissent pas suffire à expliquer.

c) Un cas de disparition paraissant définitive d'un diabète insipide durant depuis toujours, chez un sujet aux environs de la cinquantaine (à rapprocher de l'observation inverse de Deshayes et Pellier, d'apparition de diabète insipide à la suite d'électrochoc).

Psychochirurgie de la douleur. Réflexions à propos de quelques cas, par MM. L. SINGER, A. DANY, G. BOITTELLE et M^{me} Cl. BOITTELLE (1).

Il nous semble nécessaire de distinguer deux grandes sortes de douleurs : les algies psychopathiques, les psychalgies, et les algies somatiques sans atteinte saisissable du psychisme du malade. Les psychalgies sont des douleurs qui ont à première vue la même allure clinique que les douleurs somatiques, et elles sont, autant que nous pouvons le savoir, ressenties par les sujets de la même façon. Elles s'en distinguent par des caractères cliniques tout à fait particuliers. Vives, diffuses, elles sont variables dans leur localisation, capricieuses dans leur apparition, et sans fondements organiques décelables à l'aide de nos examens cliniques et de laboratoires. Elles s'accompagnent d'un comportement typique du malade, habituellement un hyperémotif à tendance dépressive, ou qui semble exalter ses souffrances, tant ses descriptions, ses réactions et ses plaintes sont hors de proportion avec son habitus général. Et, même, on a parfois l'impression que ces malades se complaisent dans leurs douleurs, ce qui les fait considérer par certains auteurs comme des simulateurs. Ces psychalgies, dont la réalité ne fait plus de doute, entraînent, trop souvent, des processus mélancoliques, et aussi des tentatives de suicide.

Leur traitement par les médicaments usuels de la douleur reste souvent sans effet. La psychothérapie prolongée peut amener des améliorations ou des guérisons. Mais elle n'est pas toujours possible, pour des raisons sociales, ou parce que la maladie évolue déjà depuis trop longtemps, et qu'elle a atteint la période d'état de la dépression

(1) Travail de la clinique psychiatrique de Strasbourg [Directeur : Pr E. Gelma], de la clinique chirurgicale A [Directeur : Pr R. Fontaine] et de l'hôpital psychiatrique de Lorquin [Directeur : Dr G. Boittelle].

mélancolique réactive. Dans ces cas, la psychochirurgie nous apparaît comme la seule thérapeutique efficace.

Voici quelques observations de psychalgies soumis à la topectomie ou à la lobotomie préfrontale bilatérale.

OBSERVATION 1. — S... Georges, 55 ans, algies, dépression réactive, tentative de suicide. Lobotomie préfrontale, bilatérale (Freeman), en octobre 1949, environ un an après le début des troubles et après échec des électrochocs. Il subsiste, six mois après l'opération, quelques douleurs dans les membres inférieurs ; mais le malade travaille et nous ne l'avons plus revu à la clinique.

OBSERVATION 2. — G... Edouard, 25 ans, algies et cénestopathies post-traumatiques (blessure en 1944 par un éclat de grenade avec énucléation de l'œil gauche et pénétration d'éclats dans la région orbitaire gauche). Apparition de psychalgies en 1950, amenant l'arrêt du travail, une dépression mélancolique et une tentative de suicide. Examen somatique entièrement négatif. En juin 1950, topectomie préfrontale droite et clivage d'une importante cicatrice cérébrale s'étendant du pôle frontal gauche jusqu'à la région pré-chiasmatique. Ouverture de la citerne opto-chiasmatique. Amélioration passagère, puis récidive nécessitant en août 1950 une lobotomie préfrontale bilatérale (Freeman). Disparition totale des cénestopathies et des algies après une période d'alternance de phases de dépression et d'agitation anxieuse avec des périodes de calme et d'euphorie. Ce malade a été perdu de vue depuis décembre 1950.

OBSERVATION 3. — S... Albert, 45 ans, algies, cénestopathies, tentative de suicide, dépressions périodiques depuis 1947. Ancien traumatisé du crâne. Topectomie préfrontale bilatérale en juin 1950. Amélioration rapide par rééducation après un syndrome pseudo-déméntiel. Reprise du travail. En mai 1951, il éprouve des céphalées violentes au niveau de la cicatrice et des algies abdominales. Grande fatigabilité. Il est néanmoins satisfait tout en disant qu'il est pessimiste et que ses douleurs sont plus atroces qu'avant l'opération. Il ne peut, déclare-t-il, continuer le travail, mais il s'y adonne quand même, puisqu'il faut vivre. Il n'a plus aucun désir de se suicider. Il a été nécessaire cependant de lui attribuer de fréquents congés de maladie.

OBSERVATION 4. — M... Georges, 43 ans, algies et cénestopathies avec crises hyperémotives chez un psychonévrosé anxieux et revendicateur. Section sous-corticale bilatérale des aires 9, 10 et 46 suivant la technique de Scoville en novembre 1950, deux ans après le début des troubles et après échec des traitements médicamenteux et d'une série d'électrochocs. Examen somatique s.p. Amélioration immédiate après l'opération, mais rechute. Reprise des douleurs avec la même intensité. Crises toujours fréquentes, mais disparition de la querulence et de la revendication.

Les deux observations qui vont suivre sont en quelque sorte des faits de transition entre les psychalgies et les algies somatiques. Dans ces cas, en effet, s'observaient, comme nous allons le voir, des algies des deux groupes.

OBSERVATION 5. — J... Mathilde, 55 ans. En 1942, syndrome dépressif sur un fond paranoïaque. Morphinomanie, suite de multiples opérations abdominales ayant laissé un syndrome fonctionnel avec douleurs spasmodiques. En 1946, apparition d'un syndrome douloureux intéressant les deux membres inférieurs avec apparition de gangrène sur les deux gros orteils en novembre 1948. Sympathectomie lombaire sans résultat. Lobotomie préfrontale bilatérale en novembre 1948. Suppression de la morphine et disparition des réactions théâtrales, mais persistance des douleurs. En décembre 1950, le processus artériel s'aggrave, la malade se plaint à nouveau et progressivement de ses membres inférieurs, reprend son comportement hyperémotif, exige encore une fois de la morphine. Les douleurs se généralisent aux membres supérieurs et prennent le caractère de sensation de rétraction musculaire avec décharge électrique. Décès en avril 1951.

Dans cette observation, il semble bien que la malade souffrait tout d'abord de psychalgies, sur lesquelles se sont greffées ultérieurement des douleurs dues à une artérite des membres inférieurs. La lobotomie a supprimé temporairement la morphinomanie et amélioré le comportement, mais n'a jamais fait disparaître les algies périphériques. Et, avec l'aggravation du processus artériel, la malade a sombré à nouveau dans la toxicomanie et dans la psychopathie.

OBSERVATION 6. — K... Charles, 56 ans. Depuis 1936, troubles digestifs et douleurs abdominales. Depuis plusieurs années, algies au niveau des membres inférieurs et du pharynx. Généralisation des douleurs en juin 1950, avec dépression mélancolique réactive et tentative de suicide en septembre 1950 (section des vaisseaux, de certains tendons et du nerf médian au niveau du poignet gauche). Idées d' incurabilité et prostration intense. Apparition progressive d'un syndrome causalgique typique avec sensation de cuisson, troubles trophiques et décalcification au niveau de la main gauche. Mais le malade se plaint beaucoup plus de ces psychalgies que de sa causalgie. Après une section sous-corticale (Scoville aires 9, 10, 46), les psychalgies disparaissent mais la causalgie surgit avec toute son intensité. Celle-ci ne cède qu'après une sympathectomie dorsale et une neurolyse du médian. Après cette intervention on note, avec la sédation de la causalgie, une phase dépressive avec idées d' incurabilité et de suicide qui disparaît spontanément avec quelques semaines. En novembre 1951, réapparition des algies sur tout le corps avec nouvelles de non-guérison. En ce qui concerne le phénomène causalgique, on peut dire que, si les troubles trophiques n'ont que légèrement rétrocedé et si les mouvements des doigts et de la main ont été quelque peu récupérés, les douleurs sont devenues minimales et nullement gênantes. Néanmoins, à cause des psychalgies et de la menace d'une nouvelle dépression, on pratique une lobotomie préfrontale bilatérale (Poppen) en janvier 1952. Il est actuellement trop tôt pour être fixé sur son résultat.

Ce qui, dans cette observation, nous paraît remarquable, c'est que les douleurs par causalgie semblent définitivement améliorées par la sympathectomie, alors que la psychochirurgie ne les avait nullement influencées. Par contre, l'intervention a eu une action heureuse sur les psychalgies qui, cependant, ont récidivé environ six mois après

la section sous-corticale de Scoville, et ont nécessité une lobotomie. Cette observation, quasi-expérimentale, marque bien l'opposition qui existe entre les psychalgies et les douleurs périphériques et nous fait insister sur la nécessité de tirer l'indication thérapeutique de la nature de la douleur en cause.

Voici enfin, très succinctement résumées, trois observations de cancéreux opérés de lobotomie.

OBSERVATION 7. — H..., 72 ans, névralgies crânio-faciales rebelles après métastases du rectum très étendues du maxillaire supérieur gauche et de la base du crâne, avec atteintes des 3^e, 4^e, 5^e, 6^e et 7^e paires crâniennes. Lobotomie préfrontale unilatérale gauche. Amélioration notable des douleurs avec euphorie et satisfaction. Il a été perdu de vue.

OBSERVATION 8. — W..., 58 ans, épithélioma sur moignon d'amputation de cuisse. Douleurs intolérables irréductibles par la morphine, continues et localisées au moignon et au membre fantôme. Dépression mélancolique réactive avec idées de suicide. Opération de Scoville bilatérale. Dès le lendemain, disparition des douleurs et du membre fantôme. Le malade est décédé trois semaines plus tard d'hémorragie foudroyante du moignon à la suite, sans doute, d'un processus névrosant.

OBSERVATION 9. — B..., 49 ans. Récidive d'épithélioma du larynx avec violentes douleurs irradiant dans la région cervicale et mastoïdienne. Souffrances intolérables, rebelles et analgésiques. Disparition après topectomie préfrontale bilatérale ; mais récidive un mois plus tard, jusqu'à la mort, survenue trois mois après l'intervention psycho-chirurgicale.

Si l'on ajoute nos quelques cas à tous ceux qui ont été publiés concernant l'application de la psychochirurgie à la douleur, on voit qu'il est nécessaire de distinguer très nettement le groupe des psychalgies de ceux des algies organiques. L'indication opératoire de la psychochirurgie, si elle est posée à bon escient pour les algies de la première catégorie, est souvent suivie de bons résultats. Elle doit être limitée, dans les douleurs du deuxième groupe, aux douleurs irréductibles des cancéreux, ou bien aux malades où la douleur rebelle, après avoir été périphérique, s'est centralisée, s'accompagne de morphinomanie, et où les thérapeutiques chirurgicales périphériques sont inopérantes. Il reste cependant que l'intervention sur les lobes frontaux, dans les cas qui semblent devoir le plus bénéficier de cette thérapeutique, a parfois des résultats imprévisibles et souvent contradictoires. Comme le remarquent Freeman et Watts, la lobotomie semble surtout agir sur le substrat obsessionnel, émotionnel et continu de la douleur irréductible.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — Les présentateurs me semblent considérer les algies des cancéreux comme des algies somatiques. Cependant, les publications récentes de Bucaille montrent que des injections de novocaïne dans les lobes préfrontaux, faites à travers la dure-mère, amènent, dans la majorité

des cas, une remarquable disparition de ces algies. Dans un syndrome thalamique de Roussy, nous avons obtenu, avec Guyot, une rémission transitoire mais nette de la douleur avec la même méthode d'injections intracérébrales non mutilantes. On peut se demander s'il y a des psychalgies ou des somatalgies pures et autonomes et si cette discrimination n'est pas un peu trop rigide.

M. L. MARCHAND. — Je demande aux présentateurs dans quel groupe ils feraient rentrer le cas suivant : une femme de 70 ans est atteinte de névralgie droite du trijumeau. Alcoolisation du Gasser, qui amène une sédation des douleurs durant trois semaines. Apparition ensuite, dans le domaine du trijumeau, d'une sensation de brûlure intolérable, qui résiste à la section intracérébrale du trijumeau, aux analgésiques, aux électro-choes, à l'ionisation colérique, etc. Une lobotomie bilatérale est décidée. Disparition de la douleur. Actuellement, un an après l'opération, la malade ne présente plus que quelques picotements intermittents localisés derrière le globe oculaire ou à la pommette droite, qui ne sont pas comparables aux douleurs causalgiques antérieures à l'intervention lobotomique.

La notion de débilité mentale camouflée, par MM. Jean DELAY, P. PICHOT et J. PERSE.

Le but de cette note est, à propos d'une observation significative, d'attirer l'attention sur un type psychologique particulier de débiles mentaux, qui pose des problèmes diagnostiques et théoriques du plus grand intérêt.

Clotilde est une jeune fille de 27 ans, qui a été élevée dans un milieu très cultivé. Elle étonne au premier abord par l'ampleur et la diversité de ses connaissances. Elle est capable de tenir une conversation sur des sujets littéraires ou artistiques. Douce et obéissante, elle participe aux travaux ménagers et aux activités d'une association de bienfaisance. Ses aptitudes mnésiques ont de tout temps frappé sa famille, et on fait souvent appel à elle pour préciser un incident, une date, etc. Mais, malgré toute sa bonne volonté, elle n'a pu acquérir que des connaissances scolaires très médiocres, et surtout il est impossible de la laisser prendre des initiatives même relativement simples. Dans la vie pratique, son comportement est celui d'une sotte. Soumise à l'échelle d'intelligence de Wechsler-Bellevue I, elle donne les résultats suivants :

<i>Echelle verbale :</i>			<i>Echelle performance :</i>		
Information	15	++	Classement d'images	8	—
Compréhension	6	—	Complètement	7	—
Mémoire immédiate	13	++	Cubes de Kohs	8	—
Arithmétique	10	0	Assemblage d'objets	7	—
Similitudes	11	0	Code	5	—
—			—		
Total	65		Total	35	
Total général : 100					
Quotient intellectuel		verbal	121		
		performance	82		
		total	103		

L'échelle de Wechsler-Bellevue comprend 10 sub-tests et un test supplémentaire (vocabulaire) qui, chez notre sujet, n'a pas été utilisé. Les notes brutes obtenues à chacun des sub-tests sont converties en notes pondérées, celles-ci étant calculées de telle façon que, pour la population générale de 20 à 35 ans, la moyenne pour chaque sub-test soit 10 et l'écart réduit 3. Les 5 premiers sub-tests (information, compréhension, mémoire immédiate des chiffres, arithmétique, similitudes) constituent l'échelle verbale. À partir de la somme des scores pondérés à ces 5 tests, on calcule un quotient intellectuel verbal. Les tables de quotients sont établies de telle façon que pour un âge chronologique donné le quotient intellectuel moyen est de 100 et l'erreur probable de la distribution des quotients intellectuels est 10. Donc, entre les quotients intellectuels 90 et 110, seront répartis les 50 % moyens de la population. Les 5 autres sub-tests (arrangement d'images, complètement d'images, cubes de Kohs, construction, code) donnent lieu de la même façon à l'établissement d'un quotient intellectuel performance. Enfin, on calcule à partir de la somme des scores pondérés aux 10 sub-tests un quotient intellectuel global. On appelle scatter la déviation de chaque sub-test par rapport à la note pondérée théorique obtenue en divisant par 10 la somme des 10 notes pondérées. Dans le cas de notre sujet, la note totale pondérée est 100, la note probable est par conséquent 10. Les déviations sont indiquées par les symboles 0 pour les déviations inférieures à 1,5 points (dans le cas particulier pour les notes comprises entre 8,5 et 11,5); + pour les déviations entre 1,5 et 2,5 (dans le cas particulier pour les notes 11,5 à 12,5); + (?) pour les déviations entre 2,5 et 3 (soit 12,5 et 13); ++ pour les déviations égales ou supérieures à 3 (soit pour les notes supérieures à 13). Les symboles —; —(?); — ont la même signification pour les déviations négatives. On appelle pattern psychométrique la structure constituée par l'ensemble des scatter des différents sub-tests.

Un premier point à signaler, est que les débiles ont normalement un certain scatter à l'échelle de Wechsler. Ceci s'explique de la façon suivante : supposons un débile de 20 ans, ayant un quotient intellectuel de 56. Ce quotient intellectuel correspond à un score pondéré total de 70. Or, ce score de 70 est également obtenu par un sujet normal moyen (de quotient intellectuel 100) âgé de 11 ans 3 mois. Le sujet normal aura toute chance d'obtenir ce score de 70 sans scatter appréciable (chaque score étant proche de 7). Mais il est évident que la structure psychologique d'un débile de 20 ans obtenant 70 est très différente de la structure psychologique du sujet normal de 11 ans 3 mois, qui a obtenu lui aussi la note globale 70. La différence des structures psychologiques se reflétera dans la différence des patterns. Alors que la tendance moyenne du sujet normal est de ne pas avoir de scatter, la tendance moyenne du débile est d'avoir un pattern de scatter caractéristique. Bien entendu, il y a de nombreux patterns possibles : le but de notre travail est d'en présenter un spécial, de valeur clinique particulière. Cependant, la majorité des débiles ont un certain pattern, qui doit servir de base de référence pour une étude comme la nôtre. Le « pattern moyen » du débile à l'échelle de Wechsler-Bellevue est connu par cinq travaux, dont nous avons confronté les résultats dans le graphique ci-joint. Ces travaux sont dus à Wechsler 1941 (10), 1944 (9), Sloan et Cutts 1945 (7); Cutts et Lane 1947 (3); Hays 1950 (5); Alderdice 1952 (1). Malgré quelques variations entre les différents travaux, on constate un accord assez satisfaisant. Le plus grand nombre des débiles a une supériorité générale des tests de performance sur les tests verbaux. Parmi les tests

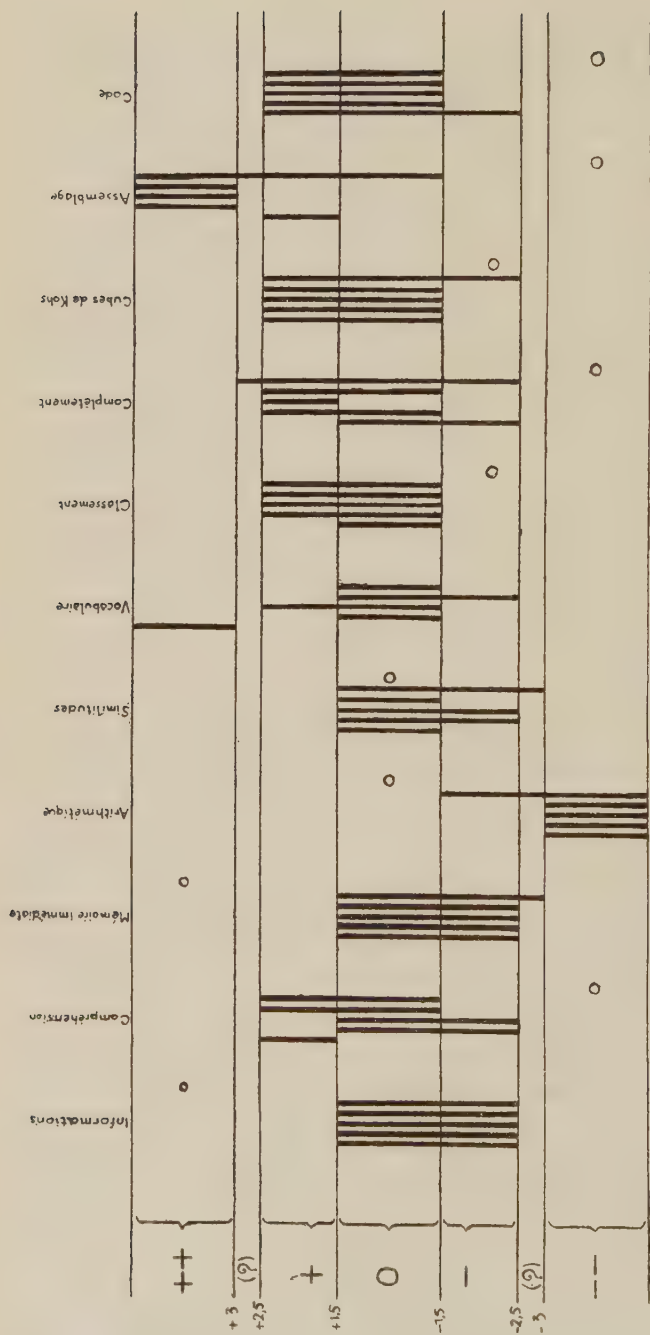
de performance, le mieux réussi est généralement le test d'assemblage. Parmi les tests verbaux, le plus mauvais est le test d'arithmétique.

Si nous comparons le scatter de notre malade au pattern typique du débile, nous constatons qu'il est tout à fait aberrant. Parmi les tests verbaux, deux tests ont une déviation positive très forte, le test d'informations et le test de mémoire immédiate, un a une déviation négative marquée, le test de compréhension. Parmi les tests de performance, toutes les déviations sont négatives, même l'assemblage d'objets.

Ce pattern nous paraît s'expliquer par la structure psychologique particulière du sujet. Malgré son quotient intellectuel total moyen, le sujet est une débile, ou au moins à la limite de la débilité. Les tests de performance, dont les résultats sont peu influençables par le milieu social, et le test de compréhension, qui correspond à l'aptitude à juger avec bon sens des situations sociales, donnent le niveau réel du sujet. Mais celui-ci a des aptitudes mnésiques élémentaires très développées (le test de mémoire immédiate, aussi bien que les renseignements fournis par la famille, en font foi). La qualité intellectuelle du milieu où elle a vécu, la fréquentation scolaire, et probablement aussi la docilité expliquent, avec ces aptitudes mnésiques, les résultats, ou moyens (similitudes, arithmétiques), ou excellents (informations) obtenus aux tests verbaux plus ou moins susceptibles d'être influencés par le milieu. Cette discordance correspond à la discordance clinique entre l'impression favorable faite par le sujet lorsqu'on converse avec elle de sujets littéraires ou artistiques, où le verbalisme reproductif et un certain psittacisme peuvent facilement faire illusion, et la « sottise » du sujet dans les situations où l'intelligence concrète ou sociale entre en jeu.

Cette observation nous paraît soulever le problème de l'existence d'un groupe de débiles, dont le pattern psychométrique fait ressortir la nature, mais qui risquent d'être méconnus à un examen superficiel ou incomplet. On a, à plusieurs reprises [Earl (4), Sarason (6), Bijou (2)], souligné que les débiles dont les résultats aux tests verbaux (Binet-Simon et ses révisions, par exemple), étaient nettement supérieurs aux résultats aux tests de performance (Grace, Arthur, Alexander, Kohs, etc.) avaient une adaptation aux activités pratiques bien inférieure à celle des débiles dont le pattern était inverse. Les premiers, qui correspondent à notre malade, ont des résultats également très différents en ce qui concerne le test de Rorschach, ainsi que l'ont montré Sarason et Sarason. Leur productivité est plus grande, mais de beaucoup plus mauvaise qualité. On peut dire que chez les débiles le score performance est un meilleur instrument de prévision de l'adaptation que le score verbal, ce qui s'explique assez bien dans la mesure où l'adaptation du débile doit reposer essentiellement sur une activité concrète. Le score verbal, dont la valeur prédictive est grande en ce qui concerne la réussite scolaire chez le sujet de niveau moyen ou supérieur, perd son intérêt au niveau de la débilité.

Il nous paraît intéressant de rapprocher de ces faits le travail de Vermeylen (8) sur les types de débiles mentaux. Bien que les instruments psychométriques qu'il emploie et la terminologie aient beau-



Pattern psychométrique de la débilité mentale

Les traits noirs indiquent la zone où se placent 75 % des débiles. Pour chaque sub-test sont indiqués, de gauche à droite, les résultats de Wechsler, Sloan et Cutts, Cutts et Lane, Hays, Berk, et par un petit cercle où se place le sujet (celui-ci n'a pas subi le test supplémentaire de vocabulaire).

coup vieilli, il n'en est que plus frappant de constater la pénétration de son analyse. Dans le groupe des « débiles dysharmoniques », Vermeylen isole le groupe des « sots ». Il donne le profil caractéristique de ces sujets à sa batterie de tests. Or les points essentiels sont les suivants : deux fortes déviations positives, correspondant respectivement, suivant ses propres termes, d'une part, aux « tests de capacités mnésiques », et, d'autre part, aux « tests faisant appel au verbalisme, utilisant surtout les connaissances transmises, et dans l'acquisition desquelles le sujet a joué un rôle assez passif ». Par contre, il existe des déviations négatives correspondant au « test d'arrangement d'histoires », identique au test de classement d'images de Wechsler, au test « de contradiction de situations », analogue au test de compréhension de Wechsler, aux tests « de concentration et d'effort », correspondant au test de Code de Wechsler, et aux tests « pratiques » (« Test de solutions pratiques » et « Test des jeux de puzzle »), qui sont des tests de performance typiques. Et Vermeylen conclut que les sujets ainsi caractérisés sont des « sots » au sens où les décrivaient les anciens auteurs tels que Chaslin. On ne peut qu'être frappé par le parallélisme absolu entre le profil de Vermeylen et le pattern psychométrique obtenu par notre sujet au Wechsler.

En conclusion, notre observation attire l'attention sur un type spécial de débilité, que l'on peut appeler une débilité camouflée. Ces sujets peuvent cliniquement, à un examen superficiel, donner l'impression de sujets normaux, voire relativement intelligents. Leur comportement, sur le plan pratique et social, est celui de sots. Leurs résultats psychométriques doivent être analysés attentivement, car ils risquent de faire méconnaître leur débilité. En effet, ils peuvent avoir un niveau normal, voire supérieur à la normale, à des échelles surtout verbales (Binet-Simon et ses révisions, échelle verbale de Wechsler). Mais aux tests de performance, et aux tests verbaux de raisonnement, leur débilité se manifeste. Leurs résultats s'expliquent probablement par leurs bonnes aptitudes mnésiques et verbales, par leur docilité, et la discordance peut encore être accusée, comme dans notre cas, par l'influence d'un milieu favorable. Sur le plan pratique, ces faits soulignent le danger de se baser exclusivement, pour la détermination du niveau intellectuel, sur des épreuves essentiellement verbales, comme les échelles du type Binet-Simon, et la nécessité de l'analyse des patterns psychométriques, même dans l'appréciation du niveau intellectuel.

La notion de pseudo-débilité mentale par arriération affective par MM. Jean DELAY, P. PICHOT et J. PERSE.

La notion de pseudo-débilité est assez ancienne, mais il nous paraît que ce terme tend à recouvrir des cas très hétérogènes. Dans un travail classique, datant de 1947, la psychologue américaine, Grace Arthur, distinguait cinq groupes principaux de pseudo-débiles :

1. Les sujets ayant des inaptitudes spécialisées ayant été confondues avec une mauvaise intelligence générale.

2. Les sujets dont le développement du langage est retardé, mais dont les aptitudes non verbales sont normales.

3. Les individus dont une maladie grave a retardé, sans pour cela arrêter, le développement intellectuel.

4. Les sujets ayant des lésions traumatiques cérébrales, entraînant des déficits intellectuels spécialisés, mais laissant intacts d'autres secteurs.

5. Les individus ayant des handicaps physiques, tels que troubles de la vision, de l'audition, etc., qui peuvent entraîner des échecs dans les résultats scolaires et aussi dans certains tests d'intelligence.

Mais, outre ces facteurs, on a insisté sur les causes affectives qui peuvent influencer sur l'efficacité intellectuelle et, dans quelques cas, réaliser, chez des sujets au potentiel intellectuel normal, des tableaux cliniquement assimilables à la débilité mentale, dans laquelle ils sont souvent confondus en pratique. Cette pseudo-débilité, d'origine affective, a fait dans ces dernières années l'objet de nombreuses discussions souvent passionnées, surtout aux États-Unis. Elles sont centrées sur la valeur du quotient intellectuel pour le diagnostic de la débilité, et sur la possibilité de modification de ce quotient intellectuel sous l'influence de la psychothérapie. Sarason a excellemment résumé l'état de la question : « Au cours des années récentes, le balancier psychologique semble être passé du Binet au Rorschach comme base du diagnostic de débilité mentale. Plusieurs études ont été publiées, dans lesquelles l'évaluation des aptitudes intellectuelles basées sur le Rorschach a été jugée plus valide que celle basée sur le Binet et sur d'autres techniques psychométriques standardisées. Lorsqu'on a constaté des discordances entre le Binet et le Rorschach, ce dernier indiquant des aptitudes intellectuelles supérieures, ceci a été interprété comme une indication de l'interférence de facteurs affectifs dans l'utilisation maxima de ces capacités. » Parmi les travaux de ce type, il faut citer les recherches de Sloan (1947) et de Jolles (1947). Leurs conclusions ont été justement critiquées par Sarason, qui a montré qu'il était encore nécessaire de montrer une grande prudence dans l'utilisation du test de Rorschach comme référence de l'intelligence.

Dans cette note, nous avons envisagé le problème sous un autre aspect. Nous avons rencontré un certain nombre de sujets présentant la triade suivante : comportement justifiant cliniquement le diagnostic de débilité ; niveau intellectuel normal aux tests d'efficacité ; perturbations affectives à type essentiellement d'infantilisme, révélées par les tests de personnalité.

C'est sur cette variété bien particulière de pseudo-débilité que nous voudrions, à propos de deux observations, attirer l'attention, en montrant comme l'emploi de tests mentaux permet de situer avec précision les éléments du tableau psychologique.

OBSERVATION 1. — Gisèle C... est âgée de 21 ans. Jusqu'à ces dernières années, elle a vécu à l'étranger avec ses parents. La vie familiale a été extrêmement agitée, les parents se disputant continuellement, et l'enfant a été à maintes reprises témoin de scènes pénibles. Finalement, les parents ont divorcé, et la jeune fille est venue en France chez sa marraine, personne très compréhensive. Celle-ci a été frappée par l'aspect et le comportement de la jeune fille, qui se présentait comme une véritable débile. Apathique et inerte, elle ne s'intéressait à rien, et ses connaissances étaient des plus limitées. Un psychiatre consulté diagnostiqua une débilité mentale. L'examen psychologique donna les résultats suivants :

Echelle d'intelligence de Wechsler-Belleue :

Echelle verbale	Score pondéré : 52 ; Q.I. : 106
Echelle performance	— 48 ; — 96
Echelle complète	— 100 ; — 101

Inventaire de personnalité multiphasique de Minnesota (cf. le profil). —

Le profil est caractérisé par une faible déviation pathologique de l'échelle dépression, et par une déviation des trois échelles Pa, Pt, et Sc, l'ensemble donnant une indication en faveur d'un état névrotique à composante schizoïde prédominante.

Test de Rorschach

Psychogramme :

G	22	F+	43	A	27	Temps	60
D	46	F±	6	Ad	15	F+ %	78
Dd	10	F-	10	H	6	F %	71
Do	1	K	6	Hd	3	A %	51
Dbl	4	Kp	1	Objet ...	11	H %	11
R	83	Kan	2	Anat. ...	3	Ban	16
		Kob	1	Pays ...	3	Type d'appréhension : G D	
		FE	5	Géogr. ...	2	Dd Do Dbl.	
		EF	2	Plante ..	2	Type de résonance int. :	
		E	0	Scène ...	1	6 K/3 Σ C.	
		FClob ...	2	Arch. ...	0	Formule secondaire :	
		ClobF ...	0	Sex.	0	4 k/4,5 Σ E.	
		Clob	0	Sang	0	Succession : incohérente.	
		FC	4	Feu	0		
		CF	1	(H)	3		
		C	0	nuages ..	3		
				divers ...	4		

La productivité est abondante et le nombre d'interprétations (83) dépasse nettement la moyenne.

Sur le plan intellectuel, le nombre d'interprétations, le pourcentage satisfaisant de bonnes formes ($F + \% = 78$), le nombre élevé et la qualité des réponses globales, les réponses kinesthésiques, la variété des intérêts qui apparaît dans les contenus, dénotent un niveau intellectuel normal, au moins égal à la moyenne, et montrent qu'il ne peut s'agir en aucun cas de débilité. Toutefois, la qualité des processus intellectuels est relativement médiocre ; la succession est incohérente, la pensée est assez stéréotypée, banale et conformiste. Il y a donc une discordance certaine entre le rendement qualitatif et le potentiel intellectuel qui apparaît normal. Sur le plan

affectif, le protocole ne comporte aucun signe pathologique grave, en particulier aucun signe psychotique, mais le tableau général est celui d'un grand infantilisme affectif. Le type de résonance intime est introversif. Le renversement de la formule secondaire par rapport à la formule primaire, le faible pourcentage de réponses humaines, le fait que quatre K sur 6 apparaissent dans les planches colorées, le F % élevé, témoignent d'un repliement sur soi-même d'allure névrotique, s'expliquant par un refoulement affectif et une crainte des affects, avec refus de la vie adulte et refuge dans la vie infantile et imaginative. Ce dernier point ressort de façon évidente du contenu des réponses aux trois dernières planches (planches colorées), où apparaissent un grand nombre d'interprétations empruntées aux contes de fées et à la mythologie enfantine, alors qu'aucune interprétation de ce genre ne se rencontre dans les sept premières planches ; par exemple : « la couronne d'une fée » — « un palais enchanté que l'on aperçoit de loin dans la brume » (pl. VIII) — « des nains ou des lutins en train de jouer » (pl. IX) — « l'habit d'une fée » — « de petits animaux avec un long voile jaune au bout de la queue » (pl. X), etc.

Au total donc, protocole d'un sujet de niveau intellectuel normal, mais ayant, par refus de la vie adulte, adopté une attitude schizoïde de refuge dans une vie imaginative à contenu infantile.

Grâce à la compréhension de sa marraine, l'attitude de la jeune fille s'est améliorée. Elle étudie la musique, visite des expositions. Bien qu'encore très infantile, aimant rester seule avec sa marraine, elle a vu son aspect de débilité s'améliorer considérablement. Elle subit actuellement un traitement psychothérapique.

OBSERVATION 2. — Gérard D... est âgé de 20 ans. Apprenti métreur, il est adressé à un psychiatre pour une inhibition marquée. A l'examen clinique, il se présente comme un débile léger, et un traitement par l'acide glutamique est institué. A l'issue de ce traitement, qui n'a pas donné de résultat net, le malade nous est adressé pour examen psychologique.

Les résultats sont les suivants :

Echelle de Wechsler-Bellevue :

Echelle verbale	Score pondéré :	70 ;	Q.I. : 127
Echelle performance	—	60 ;	— 113
Echelle complète	—	130 ;	— 123

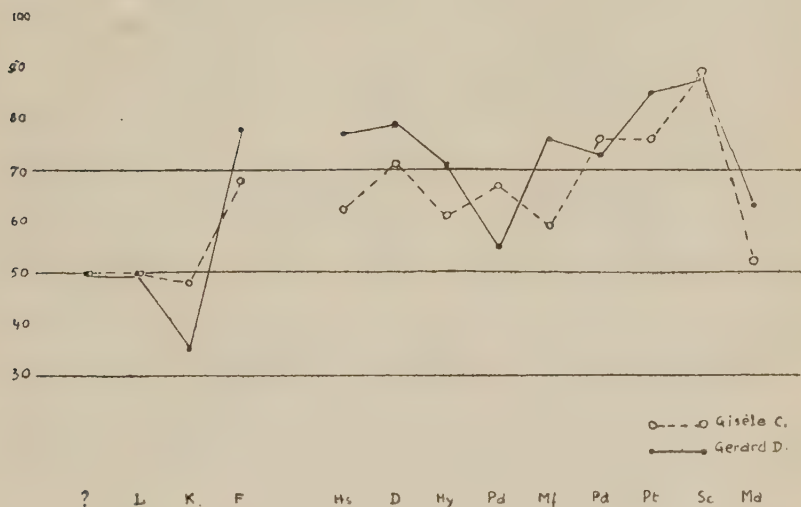
Inventaire multiphasique de personnalité de Minnèsota (cf. profil).

Le profil est très comparable à celui de la première malade, avec une allure névrotique plus marquée, ceci provenant probablement du fait que le sujet a une tendance probablement inconsciente à l'autodépréciation (K bas, F élevé). La seule différence notable est que Gérard a un score Mf élevé indiquant un manque de virilité, la différence de sexe rendant compte de l'absence de cet élément dans le profil de Gisèle.

Test de Rorschach

G	9	F+	17	A	12	F+ %	77
D	19	F±	0	Ad	2	F %	76
Dd	1	F-	5	H	1	A %	48
Do	0	K	1	Hd	0	H %	3
Dbl	0	kp	0	Objet ...	3	Temps	12

R	29	kan	0	Anal.	3	Ban.	7
		kob	1	Nat.	0	Type d'appréhension :	G D
		FE	0	Géog.	0	Dd.	
		EF	0	Plante ..	5	Type de résonance int. :	
		E	0	Scène	0	1 R/3 Σ C.	
		FClob ...	0	Arch.	0	Formule secondaire :	
		ClobF ...	0	Sex.	0	1 k/0 Σ C.	
		Colb	0	Sang	0	Succession générale :	
		FC	4	Feu	0	?	
		CF	1	Masque ..	1		
		C	0	Arme	1		
				Explo. ...	1		



Le protocole ne laisse apparaître aucun signe pathologique grave. Il est à la fois normal et banal. La productivité est faible et l'ensemble contraste fortement avec le niveau intellectuel excellent estimé par les tests d'intelligence. Le protocole se présente beaucoup plus comme celui d'un enfant que d'un adulte, et semble indiquer que le sujet est incapable d'utiliser de façon productive les potentialités dont il dispose.

Devant la pauvreté des renseignements obtenus par le test de Rorschach, on soumet le sujet au Thematic Apperception Test. Au T.A.T., apparaît de façon évidente l'infantilisme affectif du sujet, et le refus de la vie adulte. Il est à peu près complètement incapable de s'identifier à des personnages adultes ; la plupart de ceux-ci sont vus comme des enfants, même quand l'image n'impose pas cette interprétation (pl. X). Toutes les histoires sauf deux mettent en scène des relations d'enfant à parents, ou bien des substituts parentaux (pl. V : « c'est une bonne qui perdra de bons patrons »). C'est l'approbation et la satisfaction des parents qui constituent l'unique motivation de la conduite du héros. Il en résulte que celui-ci n'agit jamais de façon indépendante et considère que le milieu familial constitue le refuge idéal qu'il ne faut quitter à aucun prix : « c'est un jeune garçon qui a été

puni... il boude et il espère que ses parents lui pardonneront. Il recommencera à jouer mais il fera plus attention » (pl. III) — « ...elle lui pardonnera, elle le recevra car une mère pardonne toujours à ses enfants » (pl. VI). « ...tous les soirs ses parents viennent l'embrasser et le border dans son lit ; il a la chance de passer une belle vie sans souci, car ses parents veillent sur lui..., c'est un enfant qui a l'air d'être heureux et qui regrettera ses parents ».

Les deux observations sont tout à fait superposables. Il s'agit de sujets de niveau intellectuel normal (Gisèle) ou supérieur (Gérard) et appréciés comme tels par les tests d'intelligence, et dont le comportement général a, dans les deux cas, fait porter le diagnostic clinique de débilité mentale. Les tests de personnalité révèlent qu'il s'agit de sujets atteints de troubles névrotiques à coloration schizoïde, caractérisés par un infantilisme affectif, avec refus de la vie adulte et refuge dans une vie imaginative infantile. Il nous paraît intéressant de souligner que, alors que la débilité a pu être éliminée par l'emploi de l'échelle d'intelligence de Wechsler (en ce sens, ce type de pseudo-débilité est très différent de celui de Sloan et de Jolles), si dans les deux cas le M.M.P.I. a donné des profils très comparables, à type névrotique-schizoïde, les deux sujets se sont comportés différemment à l'égard des tests projectifs. Alors que chez Gisèle le Rorschach a mis sans ambiguïté en évidence l'infantilisme affectif, chez Gérard cette épreuve a donné peu de renseignements, et par contre le T.A.T. a donné des indications parfaitement démonstratives. Ceci ne saurait nous étonner, car il est bien connu que certains individus se projettent mieux sur un certain matériel que sur un autre, et ceci souligne à nouveau la nécessité de disposer d'une batterie de tests afin d'en confronter les résultats.

En résumé, les deux sujets dont nous avons rapporté les observations, nous paraissent être représentatifs d'un type particulier de pseudo-débilité d'origine affective, qui mériterait le nom de pseudo-débilité par infantilisme affectif. Ces cas peuvent entraîner sur le plan pratique des erreurs de diagnostic, dont les conséquences pratiques sont évidentes. La méthode des tests mentaux permet de les déceler et d'en préciser la structure psychologique.

DISCUSSION

M. P. Léo. — Ces débiles, ayant un vernis qui donne le change, sont bien connus depuis longtemps et j'ai entendu employer à leur égard le mot de « débilité mentale mondaine ».

De même, les pseudo-débiles ne sont pas une nouveauté, car bien des sujets, des écoliers par exemple, qui s'étaient montrés incapables d'un rendement intellectuel, ont eu parfois des épanouissements soudains parce qu'ils s'étaient trouvés inhibés par des conditions affectives particulières ; l'anxiété chez des écoliers anglais pendant la période des bombardements avait stérilisé certains sujets.

L'intérêt de cette communication est de mieux analyser les divers méca-

nismes avec des tests modernes, permettant une investigation plus large que ceux d'autrefois.

Si nous constatons aujourd'hui l'insuffisance des tests d'hier, ne risque-t-on pas de voir la même critique faite à ceux d'aujourd'hui, demain ?

N'est-ce pas à cause de leur relative valeur que certains pays étrangers les ont abandonnés ou même interdits ?

Enfin, le mot « débilité » contient une ambiguïté ; si elle exprime un bilan des performances obtenues au cours de l'examen, elle donne une portée définitive à ce qui n'est peut-être qu'actuel.

Mais la conception habituelle de la débilité mentale comporte à la fois l'appréciation de l'efficiency (évaluée par les tests) et des virtualités (dont les tests ne tiennent pas compte).

La notion de pseudo-débilité mentale que vous invoquez ici n'est en somme qu'une preuve de la valeur aléatoire des tests, qui risquent de créer parfois des présomptions pessimistes et stérilisantes.

Election de membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. DAUMÉZON, au nom d'une commission composée de MM. CHATAGNON, BARUK et DAUMÉZON, rapporteur, sont élus *membres associés étrangers* : MM. les D^{rs} J. Otavio de FREITAS junior, de Recife-Pernambuco (Brésil), Joaquim SEABRA-DINIS (de Lisbonne) et R. W. ARMSTRONG (d'Oxford, Grande-Bretagne), secrétaire général de la *Royal Medico-Psychological Association*, par 17 voix sur 17 votants.

Après lecture d'un rapport de M. Xavier ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. BONHOMME, DAUMÉZON et X. ABÉLY, rapporteur, sont élus, à l'unanimité des 17 votants, *membres associés étrangers* :

Belgique : MM. les D^{rs} Charles ROUVROY, de Louvain, professeur de psychiatrie à l'Université, médecin en chef de la clinique universitaire de Lovenjoul ; J. LAMSENS, médecin-chef de l'Institut psychiatrique de Duffel ; Ch. MASSAUT, médecin-directeur de la colonie provinciale de Lierneux ; G. MYLE, médecin-chef de l'Institut psychiatrique de Saint-Nicolas-Waas.

Grande-Bretagne : MM. les D^{rs} Peter Knight McCOWAN, ancien président de la *Royal Medico-Psychological Association*, de Dumfries (Ecosse) ; Kenneth Kirpatrick DRURY, ancien président de la *Royal Medico-Psychological Association*, de Narborough nr. Leicester (Angleterre) ; Thomas Percy REES, vice-président de la *Royal Medico-Psychological Association*, de Warlingham (Surrey) ; Alexander WALK, de Cane Hill Hospital, Coulsdon (Surrey) ; William MAYER-GROSS, de Crichton Royal, Dumfries (Ecosse).

Italie : M. le D^r Adamo Mario FIAMBERTI, professeur de clinique des maladies mentales, directeur de l'hôpital psychiatrique de Varese.

Norvège : M. le D^r Ornule OREGARD, médecin-chef de l'hôpital mental de Gaustad, à Vinderen.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire des séances :

P.-A. CHATAGNON.

Séance du lundi 12 mai 1952

Présidence : M. G. COLLET, président

PRÉSENTATIONS

Méningite tuberculeuse et délire alcoolique aigu, par MM. L. MARCHAND et J. ALIZON.

La méningite tuberculeuse de l'adulte peut prendre une forme psychique. Les malades, souvent considérés comme atteints d'un état psychotique, sont dirigés sur un hôpital psychiatrique. Dans un travail de l'un de nous avec de Ajuriaguerra (1), nous avons pu faire une revue générale des particularités de cette forme à propos de 33 sujets qui avaient été placés à l'hôpital Henri-Rousselle en raison de leurs troubles psychiques, qui se présentaient sous les aspects de confusion mentale aiguë, de délire aigu azotémique, de délire alcoolique aigu, de paralysie générale, de tumeur cérébrale. Récemment, MM. Xavier Abély, Guiraud et Ayoub (2), ont publié ici même un cas de méningite tuberculeuse, survenu chez un alcoolique chronique, et qui s'était traduite cliniquement par une crise excito-motrice. Dans l'observation suivante, les premiers symptômes de la méningite tuberculeuse ont revêtu l'aspect clinique du délire alcoolique aigu.

C... Dominique, ouvrier brossier, âgé de 48 ans, est amené le 18 janvier 1950 à l'infirmerie spéciale du dépôt, où le certificat suivant est rédigé :

« Alcoolisme subaigu, confusion mentale. Obtusion, Onirisme. » Cherche à démêler des fils. Carphologie. Préoccupations professionnelles. Examen physique impossible du fait de l'agitation. Gâtisme. Tremblement. Ethylisme chronique avec ivresses subintrantes. Etat général grave. (D^r Michaux).

A l'admission de Sainte-Anne, X. Abély rédige un certificat analogue et ajoute : « Pupilles très paresseuses. Réflexes tendineux abolis aux membres inférieurs. Troubles de la marche. Température : 38°5. Alcoolisme, spécificité possible. »

C... est transféré le 20 janvier à la 2^e section hommes, toujours en état de confusion onirique : il attrape des objets imaginaires, les jette loin de lui, essaie de se débarrasser les mains d'illusoires toiles d'araignées. Il répond à des interlocuteurs imaginaires en phrases incompréhensibles, à la

(1) L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA. — Méningite tuberculeuse chez l'adulte. Ses formes psychiques. *Le Progrès médical*, 24 décembre 1945.

(2) Xavier ABÉLY, GUIRAUD et AYOUB. — Méningite tuberculeuse chez un alcoolique chronique, *Société médico-psychologique*, 12 novembre 1951.

fois marmonnées, palilaliques et dysarthriques. Très agité, le malade ne peut répondre à aucune question. Il se borne à réclamer un « coup de blanc ».

A l'examen physique, pas de déshydratation importante. Température = 39°4. Pouls régulier à 100. Tension artérielle = 12/5. Cœur un peu sourd. Poumons, rien à signaler. La matité hépatique déborde le rebord costal de trois travers de doigt.

Les réflexes tendineux sont normaux aux membres supérieurs ; ils paraissent abolis aux membres inférieurs. Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion des deux côtés. Le malade s'oppose à toutes les manœuvres. On ne constate aucune paralysie motrice, aucune raideur méningée. Hyperalgie à la pression des masses musculaires.

Les pupilles, plutôt mydriatiques, un peu irrégulières, ne paraissent pas réagir à la lumière.

Un parent de C... nous apprend que le malade est un alcoolique notoire, et qu'il a passé les huit derniers jours à vagabonder, passant d'un café à un autre, « sans dessoûler ». « Il ne savait plus où il était. »

Bien que C... ne présente ni faciès vultueux, ni trémulation, ni sudation profuse, on décide de le traiter comme un alcoolique et il reçoit : strychnine, extrait hépatique, vitamine B1 et PP ; en même temps, sérum physiologique sous-cutané, pénicilline (à titre prophylactique), huile camphrée.

Mais les signes neurologiques faisant penser à une paralysie générale aiguë, on pratique, le 21 janvier une ponction lombaire, qui donne les résultats suivants : albumine, 4 grammes ; Pandy, +++ ; Weichbrodt, 0 ; leucocytes, 612 ; Meinicke, + ; Bordet-Wassermann, négatif. Benjoin, 11112.22222.02222. Cytologie : lymphocytes, 99 % ; présence de rares bacilles de Koch. La sérologie sanguine est négative et l'urée sanguine de 0 gr. 37.

Malgré l'absence de céphalée, de vomissements et de paralysies motrices, le diagnostic de méningite tuberculeuse est posé. Un traitement par la streptomycine est institué (2 grammes par jour répartis en six injections, plus 0 gr. 10 intra-rachidien). La température baisse à 37°3 le 24 janvier, sans amélioration de l'état mental. Le 25, une nouvelle ponction lombaire donne comme résultat : albumine, 4 grammes ; Pandy, +++ ; Weichbrodt, 0 ; leucocytes, 728. Benjoin, 11112.22200.02222 ; Meinicke et Bordet-Wassermann négatifs. Présence de rares bacilles de Koch. Le malade tombe dans le coma et meurt le 26 janvier, neuf jours après son internement ; il avait reçu 6 gr. 80 de streptomycine.

Autopsie. — A l'ouverture de la calotte crânienne, aspect congestif de la dure-mère. Dès que celle-ci est sectionnée, il s'échappe un liquide céphalo-rachidien louche abondant. Aspect laiteux de la pie-mère à la face convexe des hémisphères. Trainées couenneuses méningées autour des pédoncules cérébraux et de la région opto-chiasmatique, s'étendant dans toute la vallée sylvienne. Les ventricules latéraux au niveau des cornes occipitales sont nettement dilatés.

Sur coupes transversales, on note un épaississement méningé très net dans la plupart des sillons cérébraux ; au niveau de la partie moyenne de la 1^{re} temporale droite et de la base de la pariétale ascendante, la pie-mère est tellement épaissie qu'elle prend l'aspect d'un petit tubercule.

Le plancher du IV^e ventricule est légèrement dépoli. Pas d'athérome. Rien de particulier au niveau du cervelet et du bulbe. L'hémisphère droit pèse 570 grammes, le gauche 550 grammes ; le cervelet et le bulbe 160 grammes.

Organes. — Les poumons ne présentent rien de particulier. Le foie est congestionné et pèse 1.450 grammes. Les reins sont également congestionnés. Adhérences intestinales sans lésions apparentes.

Examen histologique. — Il a porté sur les régions où les méninges sont très épaissies. Le tissu méningé est infiltré de lymphocytes et de gros mononucléaires sans disposition folliculaire typique. Les vaisseaux sont très dilatés et leur endothélium est hypertrophié. Nombreux corps granuleux autour des artérioles et même dans leurs parois. Par places, les lésions exsudatives se propagent au cortex sous-jacent, déterminant des zones d'encéphalite corticale ; l'adhérence de la pie-mère au cortex est intime.

De larges zones à contours irréguliers sont caséifiées et encombrées de débris cellulaires et de noyaux pyknotiques ; dans celles-ci, de nombreux vaisseaux sont oblitérés par des plasmocytes et des corps granuleux. Dans les régions les plus atteintes, on note aussi un œdème méningé avec lacis fibreux renfermant des lymphocytes et de gros mononucléaires. Absence de cellules géantes. Présence de bacilles tuberculeux.

Dans toute la couche moléculaire, prolifération des éléments névrogliques. Leur protoplasma est très développé et de nombreuses cellules sont en voie de division.

Les cellules ganglionnaires paraissent atrophiées et présentent les caractères des lésions aiguës.

Ainsi chez ce sujet, alcoolique notoire, les manifestations cliniques, telles que agitation violente, confusion, onirisme, hallucinations carphologiques, hyperalgie musculaire, fièvre, étaient celles du délire alcoolique. Or, il est reconnu que cette forme spéciale de la méningite tuberculeuse s'observe surtout chez des individus qui se sont livrés à des excès éthyliques. Les symptômes délirants de l'intoxication alcoolique dominaient le tableau clinique. La constatation de pupilles réagissant mal à la lumière et l'abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs orientèrent ensuite le diagnostic vers celui de paralysie générale. Ce sont alors les modifications bio-cytobactériologiques céphalo-rachidiennes qui permirent de rectifier le diagnostic. Il est à noter que les symptômes méningés, la céphalée, les vomissements, la raideur de la nuque, firent défaut, ce qui autorisait le premier diagnostic de délire alcoolique.

A l'autopsie, la recherche de lésions viscérales tuberculeuses antérieures est restée négative. Les lésions méningo-cérébrales sont celles d'une tuberculose exsudative, s'étendant à la fois à la base et à la face convexe des hémisphères ; elles se caractérisent par leur évolution rapide vers la caséification.

Le traitement par la streptomycine, appliqué dès que le diagnostic fut établi, ne donna aucun résultat. Ce défaut d'action peut être attribué à la situation déjà très alarmante du malade dès le début du traitement et à des facteurs inhérents au terrain ; l'état de profonde intoxication du sujet est une complication qui a dû jouer un rôle important dans la marche rapidement mortelle de la méningite.

Kaliémie et kaliurie à la suite de la surcharge sanguine par ingestion de bromure de potassium (1), par M^{lle} C. CHATAGNON et M. P.-A. CHATAGNON.

L'expérimentation, longtemps poursuivie par l'un de nous, sur le devenir du brome dans l'organisme humain, tant au cours d'un régime alimentaire normal qu'à la suite d'absorption de bromures, nous a incités à penser que les résultats thérapeutiques obtenus par les composés bromés salins classiques pouvaient être dus, non seulement à l'action de l'anion lui-même, mais aussi à celle du cation. C'est pourquoi nous avons entrepris des séries de recherches destinées à nous permettre de nous rendre compte, d'abord de l'état de la kaliémie normale de nos sujets, ensuite des modifications que subit celle-ci sous l'influence d'une surcharge potassique par l'utilisation du bromure de potassium ingéré, et enfin quelle est la modalité d'élimination urinaire du potassium.

I. TAUX DU POTASSIUM DANS LE SANG. — Deux ordres de faits sont à envisager : a) la méthode de dosage ; b) la détermination de la kaliémie moyenne normale.

a) Méthode de dosage. Le principe est le suivant.

Obtention, à partir du sérum et des globules, d'un sel triple de cobalto-nitrite de potassium, lequel, en solution aqueuse, est dosé colorimétriquement en présence de chlorhydrate de choline et de ferrocyanure de potassium.

b) Détermination de la kaliémie moyenne normale.

Nous n'avons opéré que sur des femmes dont les fonctions rénales étaient normales. Les échantillons de sang, prélevés avec soin sur des sujets à jeun, étaient recueillis directement dans le tube à centrifuger et le potassium immédiatement dosé dans le sérum et dans les globules.

Chez douze sujets, nous avons d'abord recherché quelle était la valeur moyenne normale de la kaliémie avec le régime alimentaire habituel de l'hôpital. Les résultats que nous donnons sont établis sur trois dosages pour chaque sujet (en milligrammes pour cent centimètres cubes) : Chev. : 19,5. Larv. : 20. Gav. : 19,5. Dup. : 18,5. Delf. : 21. Derc. : 21. Am. : 19,5. Rip : 17. Si. : 18,6. Ch. : 19. Bou. : 20,2. Le. : 19. Ma. : 21.

La méthode nous donnant des chiffres constants oscillant entre 16,5 et 22, nous considérons les chiffres de 17 à 21 mgr. pour 100 cc. comme les taux normaux de la kaliémie avec la méthode utilisée.

Quant au potassium globulaire, les chiffres que nous avons obtenus se situent de 350 mgr. à 450 mgr. pour 100 cc., c'est-à-dire représentant environ vingt fois la kaliémie normale.

(1) Hôpital de Maison-Blanche et Institut national d'Hygiène.

II. COMPORTEMENT DU POTASSIUM DANS LE SANG A LA SUITE DE LA SURCHARGE SANGUINE PAR INGESTION DE BROMURE DE POTASSIUM A LA DOSE DE 4 GR. PAR JOUR PENDANT SEPT JOURS. — Nos sujets, tous bien portants, ont des fonctions rénales normales. Nous ne rapporterons ici qu'une expérience, celle de Ri., 37 ans, robuste ; taille, 1 m. 65 ; poids, 68 kg. Elle absorbe, les 19, 21, 22, 23, 24, 25 et 26 avril, quatre grammes de bromure de potassium par jour. Les analyses fournissent (en milligrammes pour cent) :

le 18 avril : sérum : 17 ; globules : 350
 le 19 avril : sérum : 17 ; globules : 380 ; urines : 200
 le 20 avril : ; urines : 455
 le 21 avril : sérum : 27 ; globules : 550
 le 22 avril : sérum : 24 ; globules : 390 ; urines : 275
 le 23 avril : sérum : 28,5 ; globules : 480 ; urines : 280
 le 24 avril : sérum : 28 ; globules : 460 ; urines : 320
 le 25 avril : sérum : 28 ; globules : 500 ; urines : 165
 le 26 avril : sérum : 19 ; globules : 390 ; urines : 310
 le 27 avril : ; urines : 360
 le 28 avril : sérum : 17 ; globules : 340 ; urines : 185 .
 le 29 avril : sérum : 19,5 ; globules : 400 ; urines : 300
 le 30 avril : sérum : 19 ; globules : 380.

Durant le même laps de temps, la teneur en chlore du sang et des urines était de (en grammes pour mille) :

19 avril : sérum : 3,41 ; globules : 1,83 ; urines : 9,09 ; urines (24 h.) : 6,9
 20 avril : urines : 7,44 ; urines (24 h.) : 5,65
 21 avril : sérum : 3,35 ; globules : 2,339 ; urines : 5,49 ; urines (24 h.) : 5,65
 22 avril : sérum : 3,29 ; globules : 1,71 ; urines : 3,96 ; urines (24 h.) : 9,51
 23 avril : sérum : 3,23 ; globules : 1,64 ; urines : 4,02 ; urines (24 h.) : 6,53
 24 avril : sérum : 2,93 ; globules : 1,70 ; urines : 2,92 ; urines (24 h.) : 7,31
 25 avril : urines : 3,17 ; urines (24 h.) : 8,48
 26 avril : sérum : 3,17 ; urines : 4,51 ; urines (24 h.) : 7,77
 27 avril : urines : 3,72 ; urines (24 h.) : 7,41.

Ces résultats nous prouvent :

1° que, durant les six premiers jours de l'absorption de bromure de potassium, il y a une légère augmentation de la kaliémie, qui se rapproche de 30 mgr. % ;

2° que, durant le même temps, le potassium globulaire s'accroît, mais dans de très petites proportions (de 50 à 100 mgr. environ) ;

3° qu'il y a, dans l'ensemble, durant la même période, une légère augmentation de la kaliurie (celle-ci toutefois pouvant être due éga-

lement à la nature de l'alimentation, les sujets continuant à prendre le régime alimentaire habituel de l'hôpital) ;

4° qu'il y a une légère diminution du taux du chlore globulaire et plasmatique, due à un déplacement par le brome,

5° enfin, que l'élimination du potassium en excès s'effectue rapidement, contrairement à l'élimination du brome.

Dans nos expérimentations, les quantités de potassium absorbées s'élèvent donc, par jour, à 1 gr. 38, et, pour les sept jours, à 9 gr. 66, qui représentent presque la moitié du potassium de la masse totale du sang (22 gr. 5 environ, si nous admettons que la masse totale du sang soit de 5 litres). Ces quantités ingérées ne sont donc pas négligeables, et nous constatons qu'elles donnent lieu à des modifications nettes de la teneur en potassium du sérum et des globules, mais que les taux accrus en K du sérum et des globules ne persistent que durant la phase d'absorption. Contrairement donc à ce que C. Chatagnon a observé pour le brome, dont l'élimination est lente, le potassium semble diffuser rapidement dans l'économie et s'éliminer de même.

L'excès de potassium déplaçant le sodium provoque donc une élimination accrue du potassium. Soulignons aussi la signification physiologique de la concentration intracellulaire du potassium, son rôle dans les phénomènes respiratoires, et son stockage dans la cellule pendant la synthèse des protéines, alors qu'il est libéré lorsque la molécule protéique est disloquée, et son rôle dans la constance de la répartition normale de l'eau ; tous phénomènes qui nous feront comprendre par conséquent certaines de ses actions dans l'utilisation du complexe salin bromé en thérapeutique, sachant combien l'irritabilité, la conductivité et la contractilité des tissus vivants sont profondément affectés par les modifications de la concentration du potassium, du sodium et du calcium dans les liquides dans lesquels sont plongées les cellules.

Traitement par les barbituriques des mouvements convulsifs observés au cours des comas insuliniques, par MM. P. GUIRAUD, P. DELTEIL, B. SCHMITZ.

Les mouvements convulsifs que l'on observe assez souvent au cours des cures de Sakel, peuvent, s'ils présentent une trop grande intensité, être une source de complications : crises d'épilepsie, clonies de la face avec morsures de la langue et déchaussements des dents (observation V). Ces convulsions sont particulièrement gênantes chez des malades présentant des lésions anciennes de la colonne vertébrale : fracture secondaire à l'électrochoc, par exemple (observation VII).

Pour prévenir ces complications, nous avons administré systéma-

tiquement des barbituriques à toutes les malades présentant des clonies importantes au cours de l'insulinothérapie.

Au début, nous faisons une injection de gardénal à 0,10 dès l'apparition des clonies (observations I, II, III), mais il nous a semblé qu'il était préférable de donner le gardénal plusieurs heures avant le coma, soit la veille au soir, en potion (0,10 à 0,15 egr.), soit le matin, en une injection faite en même temps que la piqûre d'insuline. Dans ces conditions, nous avons obtenu une sédation importante des mouvements convulsifs, sans aucun effet secondaire : le réveil est aussi rapide que d'habitude, se faisant en dix à quinze minutes en moyenne après le resucrage par sonde. Nous n'avons jamais eu de coma récidivant dans l'après-midi.

Ces résultats nous ont paru d'autant plus intéressants que certains auteurs américains ont insisté sur les inconvénients qu'il y a à associer insuline et barbituriques.

Yannet expérimentant sur des chats prouve, par des statistiques de décès, la toxicité plus grande de l'association insuline-barbiturique que l'insuline seule.

Les recherches biochimiques de Questel, Dameshek, Méduna, montrent que les barbituriques ont une action sur la consommation en oxygène et le métabolisme du glucose du tissu nerveux.

White, Gilliland, Ewold, Kollishman, rapportent quatre observations de sujets présentant des comas post-hypoglycémiques, avec hyperthermie, convulsions et respiration stertoreuse, après administration par voie veineuse d'amital sodique, injecté après le réveil des malades en cure insulinique, en vue de calmer leur agitation ou pour pratiquer une narco-exploration.

OBSERVATION 1. — F... Suzanne, 35 ans. Hébéphrénie. 1^{er} coma obtenu avec 30 unités d'insuline ; apparition de mouvements cloniques au cours du 4^e coma avec agitation, cris, persistant pendant les comas suivants et s'intensifiant.

A partir du 14^e coma, on injecte 0,10 de gardénal intramusculaire au cours du coma.

Les clonies s'atténuent mais persistent durant toute la cure.

OBSERVATION 2. — P... Jeanne, 43 ans. Syndrome hallucinatoire à thème de persécution et d'influence. 1^{er} coma obtenu avec 75 unités d'insuline.

Au cours du coma, agitation et mouvements cloniques. Dès le 3^e coma, on fait à la malade une injection de gardénal intramusculaire à 0,10, qui détermine une sédation des clonies persistant durant le traitement.

OBSERVATION 3. — H... Andrée, 17 ans. Schizophrénie sur fond de débilité mentale. 1^{er} coma obtenu avec 70 unités d'insuline.

Apparition de mouvements cloniques vers le 13^e coma.

Une injection de gardénal au cours du 17^e coma amène une disparition des clonies pendant les 18 et 19^e comas. Arrêt du gardénal à partir du 20^e coma ; réapparition des clonies, qui persistent de façon irrégulière jus-

qui à l'arrêt du traitement, la malade ne recevant que deux injections de gardénal du 20^e au 30^e coma.

OBSERVATION 4. — S... Carmen, 23 ans. Syndrome hallucinatoire avec idées de persécution et d'influence évoluant depuis quelques mois. 1^{er} coma obtenu avec 60 unités d'insuline.

Au cours du 7^e coma, apparition des mouvements cloniques, qui s'intensifient au cours des comas suivants. A partir du 24^e coma, on donne à la malade une potion de gardénal à 0,05.

Les mouvements cloniques s'atténuent mais persistent durant toute la durée du traitement ; la dose de gardénal donnée semble avoir été trop faible.

OBSERVATION 5. — M... Noëlle, 20 ans. Hébéphrénie. 1^{er} coma avec 120 unités d'insuline.

Apparition de mouvements cloniques dès le 3^e coma persistant, surtout marqués à la face, déterminant un déchaussement des dents et obligeant à interrompre le traitement pendant quelques jours.

A partir du 14^e coma, on donne à la malade deux comprimés de solantyl par jour pendant deux jours, sans aucun effet sur les mouvements cloniques ; on remplace le solantyl par une potion à 0,10 de gardénal, qui détermine une sédation nette des clonies pendant toute la cure insulinique.

OBSERVATION 6. — N... Andrée, 16 ans. Syndrome hébéphrénico-catatonique. 1^{er} coma obtenu avec 25 unités d'insuline.

A partir du 5^e coma, on augmente la dose d'insuline jusqu'à 35 unités ; apparition de mouvements cloniques, qui deviennent très intenses du 25^e au 30^e coma ; on donne à la malade 0,10 de gardénal en potion, qui détermine une nette diminution des clonies.

OBSERVATION 7. — S... Solange, 28 ans. Schizophrénie. 1^{er} coma obtenu avec 100 unités d'insuline.

A partir du 10^e coma, on cesse de donner à la malade une potion de gardénal à 0,10, qu'elle avait depuis le début de la cure, en raison de son agitation.

A partir du 9^e coma, apparition de fortes clonies, qui disparaissent dès que l'on redonne du gardénal à la malade, du 13^e au 20^e coma (0,15 en potion).

A partir du 21^e coma, arrêt de la potion de gardénal ; au cours du 24^e coma, fortes clonies et au cours du 25^e coma on observe une crise d'épilepsie, qui fait suspendre le traitement par l'insuline.

OBSERVATION 8. — M... Marcelle, 24 ans. Hébéphrénie. 1^{er} coma obtenu avec 130 unités d'insuline.

Apparition de mouvements cloniques, qui s'intensifient du 1^{er} au 10^e coma.

A partir du 10^e coma, on donne 0,10 de gardénal, soit en potion, le soir, soit le matin, en injection de 0,10 faite en même temps que l'insuline, et l'on obtient une très nette et persistante sédation des clonies.

BIBLIOGRAPHIE. — KALISHMAN : The treatment and theory of prolonged Insulin coma, *Psychiatric Quart.*, 22, 213, 1948. — WHITE, GILLILAND and EWALT : Sodium Amytal as a causative factor in some cases of prolonged Insulin coma, *J.N.M.D.*, 112 : 244, 1950. — YANNETT H. : Experimental study of pathogenesis of cerebral changes

following prolonged Insulin hypoglycemia, *Arch. Neurol. and Psychiatr.*, 42 : 395, 1932. — DAMESHEK, MYERSON, LOMAN : The effect of sodium Amytal on the metabolism, *Am. J. Psychiatry*, 91, 113, 1934. — MEDUNA L. J. : Common factors in shock therapies, *Dis. Nerv. System.*, 6 : 283, 1945. — QUESTEL and WHEATLEY : Narcosis and oxidation of the Brain, *Proc. Soc. London*, 112 : 60, 1932.

Quelques remarques sur les intolérances au tétra éthylthiurame, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE et M. J. HOURCARD.

Nous avons eu l'occasion d'observer, au cours des pratiques de désintoxication éthylique, quelques incidents dus à une intolérance au tétra-éthyl-thiurame.

Nous sommes persuadés que l'action de ce médicament, si elle s'avère la plupart du temps efficace, n'est pas absolument inoffensive. Il s'agit de trois états confusionnels graves, apparus *après* désintoxication habituelle chez des malades qui continuaient d'absorber leurs comprimés et qui, par accident, consommèrent de l'alcool.

Dans les trois cas, l'histoire est à peu près identique, en particulier la période qui précéda les accidents et qui fut consacrée chez nos trois patients à une désintoxication par strychnine, curéthyl B, etc..., suivie d'une cure de conditionnement à l'alcool par l'apomorphine. Après un repos de huit à dix jours, les malades commencèrent *seulement* à prendre du tétra-éthyl-thiurame, ceci afin d'éviter les accidents, toujours possibles après la réimprégnation de la cure à l'apomorphine, qui, bien que n'étant que passagère, n'en est pas moins une.

OBSERVATION 1. — L. B., 35 ans, militaire de carrière, nous est adressé de Strasbourg en avril 1951, pour éthylisme chronique avec agitation psychomotrice intense et subconfusion. Ce malade est très touché du point de vue physique, non seulement par l'alcool, mais encore par un paludisme contracté en Indochine et par une grave tuberculose pulmonaire, ayant entraîné une thoracoplastie. Il suit une cure de strychnine, suivie de curéthyl B, et nous hésitons à le mettre à la cure d'apomorphine, étant donné son état général. Au bout de quelques semaines, le malade va bien du point de vue physique ; les lésions pulmonaires paraissent stabilisées, et nous entreprenons une cure de déconditionnement par tétra-éthyl-thiurame. Absorption d'un comprimé de 0,50 chaque jour avec, le 4^e jour et chaque 4^e jour, absorption d'une boisson alcoolisée. Les réactions habituelles, rougeur, palpitations, sensations multiples et désagréables apparaissent comme prévu et, pendant quelques jours, tout paraît devoir se passer normalement ; nous notons cependant déjà une légère pâleur, qui ne correspond à aucune anémie, ainsi que nous le montre une numération globulaire, pas plus qu'à une évolution tuberculeuse, le malade étant contrôlé chaque semaine. Vers le 15^e jour de la cure apparaît, après absorption de vin, un état confusionnel qui, loin de s'atténuer, va en s'aggravant. En quelques jours, le malade présente l'aspect typique du grand confus, agité, bruyant, etc... Rien ne vint à bout de cette confusion que l'emploi de phénergan, qui dissipa en

quelques jours tout le syndrome. Nous avons éliminé paludisme et toute autre cause de confusion. Il ne restait plus qu'à incriminer le tétra-éthyl-thiurane. Cependant, nous étions encore assez sceptiques, lorsqu'à peu près au même moment, nous eûmes l'occasion d'observer un fait identique.

OBSERVATION 2. — X. Y., envoyé pour délire onirique subaigu, d'origine éthylique. En dehors d'abus alcooliques, il n'y a rien à signaler dans ses antécédents. Arrive à l'hôpital dans un état physique très grave. Traité par curéthyl A, subtosan, curéthyl B, mis à la cure à la strychnine et ensuite subit une désintoxication à l'apomorphine. Au bout de deux mois après l'admission, nous donnons à cet homme, qui ne présente plus aucun signe d'imprégnation éthylique, un comprimé de tétra-éthyl-thiurane par jour, suivant la technique classique. Le 4^e jour, il absorbe la boisson alcoolisée habituelle. Les réactions classiques sont spectaculaires mais, en dehors des jours où le patient absorbe l'alcool, il paraît fort bien supporter le tétra-éthyl-thiurane. Au moment de sa sortie, il ne suit plus la cure avec absorption de vin, mais continue de prendre les comprimés. Le jour de sa sortie, il prend le train pour rentrer chez lui ; au cours d'une correspondance, il absorbe un demi de bière. Quelques instants plus tard, il présente les troubles de vaso-dilatation habituels mais, à la grande frayeur de ses compagnons, apparaît un état confusionnel, qui va en s'aggravant d'heure en heure. Il est amené à l'hôpital, d'où il nous est renvoyé le lendemain. En quelques jours, l'état confusionnel disparaît, laissant une amnésie lacunaire ; le seul souvenir qui reste est celui d'avoir bu un demi de bière au buffet de la gare. Nous arrêtons bien entendu le tétra-éthyl-thiurane. Il est à noter que ce malade ne présentait rien qui puisse expliquer l'apparition de pareils troubles, en particulier pas de comitialité, même fruste. Actuellement, le malade est sorti, ne boit plus.

Récemment, nous avons observé un cas analogue. Il s'agit d'un malade qui nous a été envoyé de l'hôpital de Metz, pour état confusionnel. Le patient, âgé de 40 ans, arrivait par le train de Paris pour commencer son travail en Lorraine. Il sortait de l'hôpital de Bicêtre, où il avait suivi un traitement de désintoxication alcoolique : curéthyl A, curéthyl B, apomorphine et tétra-éthyl-thiurane, 0,50 par jour, qu'il continuait. Au cours du voyage, il absorbe un demi de bière, qui déclenche les accidents de confusion mentale. Il persiste de cet épisode quelques vagues souvenirs, mais extrêmement peu nets. En 48 heures les troubles disparaissent. Le malade est sorti, nous avons supprimé la drogue.

A ces trois observations-types, nous ajoutons quelques faits qui nous sont rapportés par le personnel infirmier. Chez certains malades, le tétra-éthyl-thiurane déclenche, au cours de la cure, de petits incidents psychiques très fugaces, sur lesquels notre attention ne fut attirée qu'à la suite des observations plus haut citées. Il s'agit d'une légère obnubilation qui parfois dure toute la journée. Elle n'est pas au premier plan, car les troubles physiques sont toujours très intenses, mais réalisent à notre avis une forme très mineure des confusions mentales qui font l'objet de cette observation.

Enfin, nous avons déjà fait allusion dans des publications antérieures, chez des malades absorbant le tétra-éthyl-thiurane, même sans en

suivre la cure, à certains états d'asthénie, rebelles au curéthyl B, et aux médicaments tels que l'hormone cortico-surrénale, ce qui nous permet de ne pas les considérer comme des séquelles éthyliques, mais plutôt comme une conséquence de l'ingestion du tétra-éthyl-thiurame, d'autant plus que les troubles disparaissent, quoique assez lentement, lorsque le malade cesse de prendre ce produit. Si bien que tout en ne déniaient pas l'action réelle du tétra-éthyl-thiurame dans notre arsenal thérapeutique, nous sommes amenés à ne l'employer qu'avec toute sorte de précaution, et en soumettant le patient à une surveillance médicale quasi-constante. Il semble bien que la toxicité du tétra-éthyl-thiurame, si elle n'est pas constante chez tous les patients, n'existe pas moins, et que certains patients y réagissent mal, et dans ces cas la valeur thérapeutique de la drogue se trouve fortement éteinte.

Hémiplégies transitoires au cours du coma insulinaire, par
M. G. BOITTELE, M^{me} Cl. BOITTELE, MM. J. HOURCARD et
FALLEKER.

Nous rapportons deux cas d'hémiplégie transitoire, apparue au cours de la cure de Sakel, n'ayant pas été suivis immédiatement d'amélioration du tableau mental, mais une de nos patientes a pu ultérieurement quitter le service, très améliorée, l'autre ayant continué son évolution vers la chronicité.

OBSERVATION 1. — Mme C..., 38 ans, entre dans le service le 24 mai 1950, pour un délire de possession démoniaque. D'après les renseignements obtenus, le début des troubles se situerait à cinq ou six jours avant l'admission. La malade est anxieuse et agitée, ne peut rester en place, cherche le diable sous les lits, veut le fuir, prétend parfois qu'il est en elle-même. Il existe une certaine désorientation dans l'espace, difficile d'ailleurs à préciser, la malade parlant mal le français et presque exclusivement l'italien. Le lendemain de son admission, tentative de suicide par déféstration, s'étant soldée simplement par une entorse tibio-tarsienne. Tout le comportement de Mme C... montre que le délire démoniaque s'accompagne d'hallucinations auditives et visuelles, refus partiel d'aliments. Examen physique, examen neurologique sans anomalie, cicatrice de thyroïdectomie ancienne ; rien à signaler du côté cardio-vasculaire, Bordet-Wassermann négatif, azotémie, 0,28. Un traitement d'électro-chocs entraîne vers le cinquième choc une amélioration notable de l'état mental, la malade redevient souriante et s'occupe. Rechute rapide dans un délire identique à celui existant à l'admission. Quelques électro-chocs ne donnant pas de modification du tableau clinique, une cure de Sakel est commencée selon la méthode classique ; début à 20 unités, augmentation de 10 unités par jour. 80 unités furent nécessaires pour obtenir le coma. Le premier se passa bien, quoique le réveil fut assez difficile, nécessitant un resucrage intraveineux, le sucre apporté par la sonde

n'étant pas suffisant. Au deuxième coma, qui jusqu'au resucrage avait été normal, tant en ce qui concerne le pouls que la température, le réveil fut impossible, malgré des resucrages répétés par la sonde et par voie intra-veineuse. Une glycémie pratiquée est à 0,85. L'examen neurologique effectué à ce moment-là montre : une hémiparésie droite totale, y compris le facial, contractures bilatérales à prédominance droite, réflexes tendineux très vifs des deux côtés, mais légèrement plus vifs à droite pour les membres supérieurs, signes de Mendel et de Hoffmann bilatéraux ; aux membres inférieurs, réflexes tendineux également très vifs, clonus des deux rotules, mais nettement plus accentués à gauche, cutanés-plantaires en extension des deux côtés, cutanés abdominaux abolis à droite. Le coma persiste encore jusqu'au lendemain matin. L'examen neurologique pratiqué à ce moment-là ne montre pas de changement notable, si ce n'est un Babinski nettement et exclusivement localisé à droite. Le coma a persisté trois jours, puis progressivement elle en est sortie, sans toutefois accepter de se nourrir et a dû être alimentée à la sonde pendant une quinzaine de jours. Gâtisme complet pendant environ trois semaines. L'examen mental était très difficile en raison d'un état de stupeur assez marqué, qui a empêché de pouvoir se rendre compte s'il existait ou non des troubles du langage de la série aphasique ; on pouvait donc considérer qu'il y avait eu une nette aggravation de l'état mental à la suite de l'accident circulatoire. A ce moment, au point de vue neurologique, il n'existait pratiquement plus de syndrome pyramidal déficitaire à droite, il ne subsistait plus que des signes d'irritation du même côté. Peu à peu, la symptomatologie mentale s'est modifiée, la stupeur a pratiquement disparu, la malade a repris une certaine initiative motrice, mais on relevait des signes d'affaiblissement intellectuel, s'alliant encore à certains éléments de nature schizophrénique, marqués principalement par un désintérêt total vis-à-vis de sa famille, ne s'intéressant qu'aux questions alimentaires. Les troubles de la mémoire sont assez intenses, intéressant tant la mémoire de fixation que d'évocation. Elle est incapable de dire le nombre d'enfants qu'elle a, leur âge, leur prénom, quant à son domicile, elle a l'air d'ignorer avoir vécu plusieurs années en France et parle uniquement d'Italie. Notons qu'elle répète tout le temps, d'une façon stéréotypée : « Je ne sais pas. » Le dernier examen neurologique, pratiqué le 25-11-1950, est à peu près normal, si ce n'est des réflexes vifs des deux côtés aux membres supérieurs, et une tendance au polycinétisme du réflexe rotulien gauche et une flexion peu franche du cutané-plantair droit ; aucune séquelle déficitaire (bras tendus et manœuvre de la jambe négatives), ni élément aphasique. Ultérieurement, l'amélioration mentale apparut spontanément, et la malade put quitter le service. Des renseignements obtenus prouvent que l'état se maintient satisfaisant.

OBSERVATION 2. — P... Marie-Rosalie, 29 ans, entre dans le service en mai 1950, transférée de Bordeaux, avec le certificat d'admission suivant : Est atteinte de troubles mentaux caractérisés par des idées délirantes de persécution ; conviction qu'elle est en lutte depuis plusieurs années à de multiples manœuvres et sévices physiques destinés à lui nuire de la part de personnages mystérieux. Envoi de courants électriques, produisant chez elle des états anormaux au cours desquels elle aurait été violée ; à l'arrêt de fonctionnement de ses organes, produit par des moyens mystérieux, interprétations délirantes et sensations cénestopathiques pénibles, réticence

et dissimulation obstinées. Etat évoluant déjà depuis environ 1948. Une série d'insuline, 40 comas, est pratiquée, ne donnant aucune amélioration valable. Une lobotomie est pratiquée à Strasbourg ; à son retour, la malade est beaucoup plus calme, n'exprime que peu d'idées délirantes, mais présente encore un désintérêt très marqué. Une nouvelle série d'insuline est pratiquée et, après le resucrage du troisième coma, fait plusieurs crises épileptiques, trois grandes crises, puis plusieurs petites, limitées à la face. Elle sort peu à peu du coma, ne fait plus de crise, mais présente des secousses musculaires, particulièrement à la face. Un syndrome neurologique se constitue, avec contracture généralisée en flexion des quatre membres, d'ailleurs plus marquée à droite, impossibilité totale de l'extension des membres supérieurs et inférieurs ; tous ces signes sont plus marqués à droite, où existe aussi une ébauche de roue dentée. Les réflexes ostéo-tendineux sont très vifs aux quatre membres, avec une ébauche de clonus rotulien à droite. Babinski droit. Réflexes cutanés-abdominaux abolis. L'examen mental révèle une obnubilation extrêmement intense avec gâtisme, et il n'est pas possible de mettre en évidence l'existence ou l'absence de signes aphasiques. Cet état persiste pendant deux jours, après lesquels elle répond, obéit aux ordres simples, mais persiste une contracture aux membres supérieurs et inférieurs droits sans mouvement volontaire. La langue, par contre, présente des mouvements de reptation spontanée, sa motilité est bonne. Cinq jours après ce coma, la contracture des membres supérieurs a totalement disparu, faisant place à une hyper-flexibilité et à une hyper-extensibilité des deux membres supérieurs, ballotement plus marqué, les réflexes ostéo-tendineux existent mais sont nettement moins vifs qu'ils l'étaient antérieurement. Notons que la malade se plaint de douleurs à la mobilisation des segments des membres. Dans les jours suivants, se reproduisirent deux crises convulsives, qu'il est difficile de mettre sur le compte de la lobotomie ou de l'insuline. L'état mental ne fut absolument pas modifié, et même l'amélioration qui avait été observée après la lobotomie ne s'est pas maintenue et, dans les mois qui ont suivi, l'état psychopathique a repris son intensité d'avant l'opération.

La séance est levée à 11 heures 30.

Le secrétaire des séances :

P.-A. CHATAGNON.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 6 mars 1952

Présidence : M^{me} SORREL-DÉJERINE, présidente

Etude expérimentale de l'action de l'ACTH sur la circulation centrale chez le singe (présentation de film), par MM. H. BARUK, ROUGERIE, RACINE et VALLANCEN.

Par l'injection de 25 mg. d'ACTH. chez le singe, les auteurs ont obtenu des phénomènes de catatonie, de catalepsie et de négativisme en rapport avec un œdème cérébral occasionné par d'importantes perturbations circulatoires. Les modifications du cerveau ont été observées par examen direct à travers une brèche osseuse. D'autres études sont en cours.

Un cas de dysgraphie précoce. Hémorragie méningée à la naissance, par M. ANDRÉ-THOMAS.

Chez un enfant dysgraphie proche de la crampe des écrivains, apparue à l'âge de 12 ans. L'enfant avait présenté dans le jeune âge une hémorragie méningée qui ne s'est accompagnée d'aucune séquelle. L'auteur retrouve du côté droit une association d'hyperextensibilité des muscles et une diminution des mouvements passifs, ainsi que des secousses musculaires, dans certains mouvements et à la piqure de l'oreille. L'apparition des troubles vers l'âge de 12 ans, serait liée à la plus grande complexité que prend l'écriture à cet âge, leur origine semble être une hémorragie méningée.

Agnosie tactile localisée secondaire à un empyème sous-dural. Etude des oscillations de la fonction, par MM. B. WEIL et H. HÉCAEN.

Présentation d'une agnosie de topographie cubitale gauche comme la paralysie qui l'accompagne. Les auteurs appliquent à son étude la notion d'oscillation de la fonction ou variation des seuils successifs de la sensibilité, suivant les travaux de Stein et Weizsacker. Ils concluent à la continuité physio-

logique des troubles de la sensibilité à leurs divers degrés, corrélativement à l'unité anatomique de l'analyseur tactile. Mais le problème de la reconnaissance semble échapper à ces explications. D'après les cas observés, il semble que l'on puisse faire intervenir des liaisons sensorio-motrices plutôt qu'une aire gnosique spécifique.

Nouveaux cas de maladie de Parkinson opérés par interruption sous-pallidale et variations sur la technique personnelle (projection de film), par MM. A. BAUDOUIN, A. THÉVENARD et F. FÉNELON.

Présentation d'un film de deux malades parkinsoniens chez lesquels l'intervention a fait disparaître immédiatement et complètement le tremblement (section de l'anse lenticulaire par voie frontale). Cette opération est rapide, facile et peu dangereuse, agit peu, ou pas sur l'akynétisme, ne produit aucun trouble pyramidal et semble avoir une action élective sur le tremblement.

Opacification des systèmes veineux rachidien et crânien par voie osseuse, par MM. H. FISCHGOLD, J. CLÉMENT, J. TALAIRACH et J. ECOIFFIER.

Premiers essais d'injections intra-osseuses dans le cadre de recherches entreprises sur l'opacification des voies veineuses du système nerveux central. En injectant la diiodine dans l'apophyse épineuse d'une vertèbre dorsale on opacifie les plexus rachidiens et les veines des trous de conjugaison. Par ponction de la protubérance occipitale externe on opacifie le pressoir d'Hérophile, certains canaux diploïdiques, l'émissaire occipital et le plexus veineux sous-occipital. Cette opacification est surtout spectaculaire dans le crâne pagétique. Les auteurs soulignent qu'il ne s'agit là que du stade initial de leurs recherches.

Sur une forme nerveuse de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann, par M. Th. ALAJOUANINE.

Malade atteint d'une localisation de Besnier-Bœck comprimant le nerf optique gauche et entraînant la cécité. Deux ans plus tard, même localisation du côté droit traité par P.A.C.T.H. qui améliore remarquablement les troubles. Récidive actuellement peu influencée par le même traitement. Cas unique de forme nerveuse de Besnier-Bœck.

Infiltration novocaïnique préfrontale pour le traitement des douleurs irréductibles des cancéreux par M. M. BUCAILLE.

L'auteur a utilisé la méthode des infiltrations novocaïniques préfrontales dans 10 cas de douleurs irréductibles de siège variable, présentées par des cancéreux incurables. Procédant selon une technique personnelle différente de celle de Mandl, à qui l'on doit les premières tentatives, il a obtenu dans tous les cas, soit une disparition totale des douleurs, soit une amélioration considérable permettant de supprimer la morphine. Méthode inoffensive, n'entraînant aucune altération de la personnalité, moins agressive que la lobotomie préfrontale ou la topéctomie, tout en étant aussi efficace, présentant

encore l'avantage de permettre les réinfiltrations transcutanées en cas de besoin, sans qu'il paraisse nécessaire de répéter souvent les infiltrations pour obtenir des effets prolongés.

Sur l'emploi des ganglioplégiques en neurologie,
par M. P. CASTAIGNE.

A la suite de la publication récente de M. Petit-Dutaillis, M. P. Castaigne rapporte un certain nombre d'améliorations obtenues par cette médication, particulièrement dans la néphropathie gravidique et les accidents hémorragiques. Il déclare avoir parfois observé des améliorations spectaculaires dans les accidents malaciques, mais insiste sur les dangers de la médication et la prudence qu'il faut observer dans son emploi, ainsi que dans les interprétations pathogéniques des résultats.

**Groupement français d'études
de neuro-psycho-pathologie infantile**

Séance du 19 mai 1952

Présidence : M. J. DUBLINEAU, président

Quelques problèmes pratiques posés par la rythmique,
par M^{me} VYL.

1^o *Définition du rythme.* — Le rythme qui exige l'asymétrie est distingué du tempo, régularité devinée sous un rythme. Il est caractérisé par les notions de répétition, période, accent, groupement et alternance. Nous percevons le rythme sous sa forme musicale et sous sa forme libre.

2^o *La rythmique.* — C'est la science du rythme. Dalcroze a eu le premier l'idée de coordonner le chant et le rythme et de faire traduire par des gestes les durées entendues en musique. La psycho-rythmie y ajoute une notion de rééducation des troubles psychiques, des troubles moteurs et des troubles psycho-moteurs.

3^o *Considérations pratiques.* — A côté de la rythmique vraie, diverses méthodes sont utilisées qui ne méritent pas ce nom ; celles qui se contentent de copier les mouvements de Dalcroze et ne sont qu'une reproduction apparente de la méthode ; celles qui confondent danse et rythmique ; celles où l'on fait seulement de la gymnastique en musique. Les rythmicistes subissent un examen sous la surveillance de l'Ordre des musiciens. Le problème du remboursement de la rythmique par la Sécurité sociale devrait être réglé.

L'exhibitionnisme chez l'adolescent,
par MM. G. HEUYER et S. LEOVICI.

A propos d'une observation récente, les auteurs soulignent le polymorphisme des manifestations cliniques de l'exhibitionnisme chez l'adolescent. Dans ce cas, chez un adolescent de 14 ans, rêveur et schizoïde, sont apparus depuis un an diverses manifestations d'exhibitionnisme : exhibitionnisme simple ou avec masturbation, parfois agressions sexuelles. Tout ceci avait lieu dans le quartier même de l'intéressé, souvent en plein jour et presque toujours s'adressait à des femmes ayant dépassé la trentaine, c'est-à-dire « âgées » pour ce garçon.

Le lendemain de la sortie de l'hôpital survient une récurrence : le garçon se masturbe dans un couloir de métro derrière une femme. Les auteurs soulignent, dans ce cas, le caractère émotif et schizoïde, la rigidité de la constellation familiale, l'importance de la poussée endocrinienne de la puberté et présentent à titre d'hypothèse le rôle possible des sentiments inconscients de culpabilité dans la genèse des récurrences. Ainsi, le tableau clinique est très différent entre l'exhibitionnisme adulte du type impulsif de Lasègue et l'adolescent exhibitionniste.

Par contre, les formes symptomatiques de l'exhibitionnisme sont très proches de ce qu'on peut observer chez l'adulte. Différents exemples en sont cités.

Du point de vue pronostic, les auteurs opposent l'exhibitionnisme simple de l'adolescent aux formes beaucoup plus graves des adolescents pervers et déséquilibrés.

Il ne semble pas que chez les exhibitionnistes adultes on retrouve des antécédents analogues durant l'adolescence, mais plutôt des habitudes plus ou moins nettes de voyeurisme.

Discussion du problème de l'exhibitionnisme infantile et de son rôle dans la sexualité normale de l'enfant

S. LEOVICI.

Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy

Séance du 26 avril 1952

Présidence : M. P. KISSEL (de Nancy)

Présentation d'un film sur la lobotomie préfrontale, par MM. J. MIDON et C. FEUILLET (de Maréville).

Résultats de la pneumothérapie cérébrale sur une série de 40 malades, par MM. C. FEUILLET, M. THIÉBAUX, et J. R. GÉRARDIN (de Maréville).

Sur 57 insufflations réalisées chez 40 malades, cinq guérisons et six améliorations durables ont été obtenues. Le pourcentage des résultats positifs

immédiats et valables atteint 40 %. Ni la quantité d'air insufflé, ni le choc per-opératoire ne sont des éléments de pronostic déterminants. Par contre, les évolutions favorables se rencontrent plus souvent chez les malades qui ont présenté des troubles post-opératoires importants. Thérapeutique psychiatrique mineure, la pneumothérapie cérébrale apparaît surtout intéressante comme médication d'appoint, de complément ou de remplacement. La technique et la conduite du traitement offrent encore matière à perfectionnement, notamment dans le sens de la recherche de réactions post-opératoires intenses et prolongées.

Restitution progressive d'une aphasie motrice et sensorielle avec séquelles d'aphasie amnésique après ablation d'un volumineux gliome de la région temporale gauche en pleine région de Wernicke, par MM. E. GELMA, L. SINGER, A. DANY et A. BATZENSCHLAGER (de Strasbourg).

Chez un malade atteint d'aphasie motrice et sensorielle, d'hémianopsie homonyme droite et d'hémiplégie droite par gliome temporal gauche, l'exérèse en masse amène la disparition totale des troubles neurologiques et une récupération du langage quasi-spectaculaire avec persistance de quelques éléments d'aphasie amnésique, de troubles de l'attitude catégorielle en ce qui concerne certaines identifications, et des réactions catastrophiques.

Vitiligo et épilepsie, par MM. M. HACQUARD et MERCIER (de Maréville).

Se basant sur une observation d'un malade atteint d'épilepsie et de vitiligo, les auteurs admettent comme pathogénie de ce vitiligo-épilepsie des perturbations du fonctionnement diencephalo-hypophysaire dues à une cause indéterminée.

Syphilis cérébrale de Nissl-Alzheimer avec syndrome paralytique, par MM. Th. KAMMERER, A. BATZENSCHLAGER, R. CAHN et J. FORGET (de Strasbourg).

Les auteurs rapportent l'observation d'un homme de 70 ans, qui manifeste pour la première fois des troubles mentaux du type paralytique avec positivité des réactions sérologiques pour la syphilis dans le sang alors que celles du liquide céphalo-rachidien sont négatives, même après réactivation. L'encéphalographie gazeuse révèle une légère atrophie cérébrale à prédominance frontale. Ce n'est que l'examen histologique d'une biopsie corticale préfrontale qui a permis d'éliminer la paralysie générale et de poser le diagnostic de syphilis cérébrale du type Nissl-Alzheimer.

Idées fixes post-oniriques, séquelles d'un traumatisme crânien compliqué d'un hydrome sous-dural fronto-pariétal droit, par MM. Th. KAMMERER, A. DANY et E. WOLF (de Strasbourg).

Le sujet, âgé de 55 ans, victime d'un accident de motocyclette ayant déterminé un traumatisme fermé du crâne avec fissure temporale gauche, est resté pendant un mois dans le coma, puis dans un état confusionnel qui se dépouille progressivement. Au cours du troisième mois, on constate une

lacune mnésique totale concernant les circonstances de l'accident. La victime nie la réalité des faits et lui substitue un fantasme de guerre (bataille aérienne), qu'il décrit avec précision. Son cécité délirante persiste encore après six mois, sans variation, ni affabulation. La trépano-ponction d'un hydrome sous-dural fronto-pariétal droit, découvert par l'encéphalographie gazeuse, ne modifie pas l'état psychique du malade. Une évolution démentielle semble s'amorcer.

Considérations sur les cures par électro-narcose, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE, MM. J. HOURCARD et P. ANTOINE (de Lorquin).

44 malades ont été traités par électro-narcose (vingt-cinq schizophrènes, huit états dépressifs, six psychoses hallucinatoires chroniques, une psychose obsessionnelle, deux délirants hypocondriaques, une psychose puerpérale, une névrose d'angoisse). L'électro-narcose considérée comme pouvant éventuellement remplacer la cure de Sakel n'a pas donné de résultats satisfaisants dans les schizophrénies pas plus que dans les anxiétés atypiques et obsessionnelles. Dans les autres cas, l'électro-choc simple, ou mieux, l'électro-choc prolongé, paraît préférable et beaucoup moins traumatisant, des épisodes confusionnels graves ayant succédé aux électro-narcoses.

Délire hallucinatoire chronique à thème de persécution et d'influence symptomatique d'une paralysie générale, par M. G. BOITTELLE, M^{me} Cl. BOITTELLE et M. P. ANTOINE (de Lorquin).

Observation de délire systématisé chronique à base hallucinatoire auditive lié au développement d'une méningo-encéphalite syphilitique tardivement diagnostiquée en l'absence de tout signe clinique de paralysie générale. Seul le laboratoire a permis le diagnostic étiologique.

Essai de traitement de l'épilepsie par les anti-histaminiques de synthèse, par MM. P. ROYER, P. H. SMITH et P. BROUSSOLLE (de Maréville).

Les auteurs ont traité pendant six mois vingt épileptiques chroniques par l'histamine et par des anti-histaminiques divers (phénergan, pyribenzamine, théophorine, antistine). Après un an de recul, et graphiques à l'appui, ils arrivent aux conclusions suivantes : unité d'action des deux groupes de produits, l'histamine injectée provoquant dans l'organisme l'apparition de corps anti-histaminiques ; nécessité d'utiliser des doses très faibles d'anti-histaminiques et de ne pas suspendre brutalement le traitement.

Aperçu sur les statistiques des alcooliques admis à la Clinique psychiatrique de Strasbourg, par MM. R. RUCH et J. FORGET (de Strasbourg).

Les auteurs, après avoir analysé et commenté les statistiques des malades alcooliques admis de 1945 à 1951, insistent sur l'augmentation notable des admissions, qui atteignent chez les hommes 51 % de la totalité des hospitalisations en 1951. Ils relèvent en outre un accroissement notable de l'alcoolisme chez les femmes.

Vingt cas de cures de Sakel immédiatement précédées de pneumothérapie à l'oxygène. Evolution de la cure. Critique des résultats,
par MM. M. BEAUDOIN, P. RENARD et M. BEIS (de Maréville).

La guérison rapide d'un schizophrène tout au début d'une cure de Sakel qu'avait précédé un pneumochoc pratiqué à titre sédatif, a conduit les auteurs à associer ces deux thérapeutiques, et dans un deuxième temps, à utiliser systématiquement la pneumothérapie, immédiatement après l'électrochoc et avant l'insuline. De cette expérience, il ressort deux ordres de constatations : d'une part, les cures de Sakel s'avèrent irrégulières, nécessitent de plus fortes doses d'insuline ; les comas, plus difficilement obtenus, sont fertiles en incidents qui peuvent être graves. La cure doit, de ce fait, être prématurément interrompue ou remplacée par des séries de sub-comas. En revanche, les guérisons plus précoces sont au moins aussi nombreuses que dans les meilleures séries. Elles présentent un caractère « tonique » assez remarquable. Les résultats encourageants ainsi enregistrés semblent autoriser la poursuite de cette tentative, qui nécessite une surveillance plus attentive des chocs hypoglycémiques.

Un cas de kleptomanie réactionnelle,
par M. R. LANTER et M^{lle} J. NICOLAS (de Strasbourg).

Etude d'un sujet de 29 ans, inculpé de vols. En deux ans, il avait collectionné et catalogué une centaine d'objets divers. Au cours des dix dernières années, il avait été atteint de tuberculose extra-pulmonaire avec pension d'invalidité de 100 %, dont une menace de réduction semble avoir été le point de départ de la délinquance. Les examens, tant psychiatrique que psychologique, éliminent tout facteur psychotique. Au point de vue intellectuel, le sujet reste dans les limites de la normale. Affectivement, il se révèle infantile et anxieux avec de curieuses dispositions à l'introspection. Les auteurs montrent que des facteurs de la petite enfance ont joué un rôle déterminant dans le passage à la délinquance, et très probablement un rôle adjuvant dans l'évolution extensive de la tuberculose.

Remarques sur le diagnostic et le traitement de quelques syndromes hystériques, par MM. R. LANTER, L. ISRAËL et M^{lle} JOUFFROY (de Strasbourg).

Les auteurs rappellent qu'un symptôme hystérique a une valeur fonctionnelle dont la connaissance n'est qu'une première étape dans le diagnostic étiologique complet. Il s'agit, tantôt de troubles symptomatiques ou secondaires à un processus organique, tantôt d'une névrose hystérique en évolution depuis l'enfance, tantôt de troubles réactionnels à des conflits actuels. Enfin, plusieurs facteurs étiologiques peuvent être intriqués. Trois cas, traités par psychothérapie brève, sont présentés : l'anamnèse en a montré leur caractère purement réactionnel : parésie des membres inférieurs chez une femme de 66 ans après un deuil, bégaiement chez un ouvrier de 28 ans après divers avatars conjugaux et professionnels, tic d'aboiement chez un garçon de 12 ans légèrement débile, en conflit avec son instituteur.

L. SINGER.

Société de médecine légale de France

Séance du lundi 13 décembre 1951

Président : M. COSTEDOAT, président

La responsabilité de l'expert, par M. M. MULLER.

Il s'agit d'un cas de décès d'une parturiente, attribué à une intoxication chloroformique. Une triple expertise entraîna la condamnation du médecin traitant. L'auteur discute certains faits de ce cas heurtant l'esprit médico-légal et clinique. Il souligne à ce propos certains problèmes généraux de l'expertise. Regrettant que : « la cour ait préféré s'en rapporter à son intime conviction et faire elle-même un choix entre des théories scientifiques délicates plutôt que de commettre de nouveaux experts comme la défense la sollicitait... », le professeur M. Muller ajoute : « Le rôle de l'expert apparaît, à la lumière de ces faits, avec toutes ses difficultés et toute sa gravité. Auxiliaire technique de la Justice, qui le suit parfois aveuglément, malgré tous les avis opposés, l'expert n'a pas le droit de se tromper. Il ne doit avancer une opinion que si celle-ci, basée sur des constatations rigoureuses et contrôlables, ne se trouve pas en désaccord avec des faits cliniques dont l'observation s'est imposée à chacun.

Ayant en mains la vie, la liberté, l'honneur et les biens d'un présumé coupable, il a le devoir de ne pas l'oublier au moment où il rédige ses conclusions. »

Un cas de diabète traumatique, par MM. MARCHAND et WAROT.

Après violente commotion et fracture temporo-pariétale, avec syndrome « fonctionnel » très marqué des traumatisés du crâne, l'apparition de polyphagie, polydypsie et polyurie intenses, fait découvrir un diabète grave deux mois après l'accident. Diabète sans tendance à l'amélioration, remarquable par son instabilité. L'atteinte du névraxe est objectivée par l'examen oto-rhino-laryngologique, l'étude du liquide céphalo-rachidien, les anomalies décelées par l'électro-encéphalogramme. Une enquête familiale est négative quant à la recherche des prédispositions héréditaires.

Fugue et vagabondage, par M. R. BENON.

L'auteur, après avoir rappelé ses précédents articles sur ce sujet, conclut à la nécessité d'une collaboration dans cette étude laborieuse entre neuro-psychiatre, psychologue, testologue, psychanalyste, etc... L'examen organique d'une grande valeur pratique ne paraissant pas devoir passer prochainement au premier plan.

M. BACHET.

Société de médecine mentale de Belgique

Séance du 26 avril 1952

Présidence : M. R. LEY, président

De la mémoire verbale dans la maladie de Korsakoff (Communication préliminaire), par M. R. NYSSEN.

L'étude porte sur douze cas dans lesquels l'auteur a appliqué un vocabulaire à définitions, composé de trente mots qui ne peuvent avoir été acquis par les sujets que pendant les dix à quinze dernières années.

L'application de ce test a permis d'explorer la capacité de reconnaissance et de définition verbales des malades. Le niveau de cette capacité a été déterminé statistiquement à l'aide des cotes obtenues dans différents groupes de contrôle, composés chacun d'au moins quarante sujets normaux.

En outre, chez certains malades, les capacités de fixation et d'évocation verbales ont été explorées par l'utilisation de certains mots du vocabulaire précité.

Les résultats de cette recherche, faite sur un nombre encore insuffisant de patients, permettent de constater cependant dès maintenant, que chez les malades atteints de syndrome de Korsakoff à étiologie alcoolique :

1^o la capacité de répondre aux épreuves de vocabulaire par définitions, même si celui-ci est composé de mots acquis pendant les dernières années avant la psychose, résiste entièrement ou presque entièrement à la dégradation de la mémoire ;

2^o l'amnésie de fixation porte aussi d'une façon marquée sur les souvenirs verbaux ;

3^o la capacité d'évocation verbale paraît être réduite, tout au moins pour les mots qui ont été acquis pendant la période de la vie sur laquelle s'étend l'hypomnésie rétrograde.

A propos de la schizophrénie infantile, par M. J. SCHURMANS.

L'auteur relate le cas d'un enfant de six ans et demi atteint de perturbations profondes des fonctions psycho-sensorielles, avec inadaptation au monde extérieur, mais activité imaginaire assez développée, impulsions, agressivité. Il compare ce tableau clinique à quatre cas analogues de régression intellectuelle avec manque de contact social dont il discute le diagnostic, et fait à ce propos un exposé des idées actuelles sur les psychoses de l'enfance.

J. LEY.

Groupement belge d'études oto-neuro-ophtalmologiques et neuro-chirurgicales

Séance du 26 avril 1952

Présidence : M. F. CRABBE, président

Syndrome tumoral de la base du crâne, par M. P. POTVLIÈGE.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 74 ans, qui présenta assez brusquement une ophtalmoplégie totale à droite, subtotale à gauche, avec papille de stase.

A 45 ans, il avait été opéré d'adénome thyroïdien. Il s'agissait de métastases provenant d'une récidive intra-thoracique de cette tumeur, et envahissant toute la base du crâne. L'auteur démontre sur la pièce et à l'aide de préparations histologiques, les particularités anatomiques de ce cas, et compare la symptomatologie oculaire à celle des grands syndromes de la base.

Essai d'interprétation de la séméiologie vestibulaire à la lumière des faits acquis en électrophysiologie labyrinthique, par M. A. LEDOUX.

L'auteur rappelle les efforts accomplis, notamment au congrès de Rome, en vue de standardiser les techniques d'examen vestibulaire. Il envisage le problème des lésions des canaux semi-circulaires externes, et des réponses électriques des nerfs ou noyaux labyrinthiques à divers excitants, en rapport avec l'étude de l'activité spontanée des canaux semi-circulaires, laquelle est stable au repos, mais varie selon le sens de la rotation. L'étude des différences entre les réactions spontanées et provoquées par les épreuves rotatoires ou thermiques, l'étude du phénomène de prépondérance directionnelle du nystagmus, l'incidence des différentes lésions sur la symptomatologie clinique, sont longuement discutés.

Papille de stase après rachianesthésie, par MM. J. BRIHAYE et P. DANIS.

Relation du cas d'une jeune femme de 22 ans ayant subi une ostéosynthèse sous rachianesthésie. De violentes céphalées, avec raideur de la nuque, nausées et vomissements survenus peu après l'intervention, se sont apaisées, puis ont récidivé un mois après le début, accompagnées cette fois de diplopie et d'œdème papillaire bilatéral avec flammèches hémorragiques.

La ventriculographie montre des ventricules normaux. On pratique néanmoins une décompressive sous-temporale qui fait disparaître les symptômes, mais est suivie de crises d'hypotension ventriculaire avec douleurs et nausées. Trois cas analogues ont été relevés dans la littérature. La pathogénie de ces accidents est discutée.

J. LEVY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHIATRIE

Manuel alphabétique de psychiatrie, clinique, thérapeutique et médico-légale, par le Dr Antoine POROT, professeur honoraire de clinique psychiatrique à l'Université d'Alger, avec la *collaboration* de H. AUBIN, Ch. BARDENAT, A. HESNARD, Th. KAMMERER, P. LÉONARDON, H. LUCCIONI, Maurice POROT, F. RAMÉE, J. SUTTER. (1 vol., in-8°, 450 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1952).

S'il est un langage plein de pièges pour le lecteur non averti, c'est bien, hélas, le langage psychiatrique. Il ne serait pas suffisant de dire que de nombreux mots y sont parfois utilisés dans un sens auquel ils ne sont pas préparés, que certains se sont éloignés de leur origine, que d'autres nécessitent pour être compris des connaissances acquises. De ces mots, il en est aussi dont le sens varie selon les époques, selon les pays, selon les traducteurs, selon les écoles, selon les auteurs, dont le sens varie parfois à la même époque et dans le même pays. Nombreux sont les mots que, depuis un demi-siècle, on a pu voir, en psychiatrie, désigner des états différents. Il y a là de quoi dérouter le lecteur, excuser aussi les erreurs que l'on peut lire si souvent sous la plume de certains journalistes ou de certains littérateurs, plus avides d'intérêt pour les états psychopathiques que, bien entendu, riches d'expérience des difficultés de leur observation et de leur interprétation.

Et, s'il n'y a pas lieu de s'étonner de l'abondance des néologismes dans une science en formation, ne faudrait-il pas souhaiter que tous fussent créés à bon escient, correctement, sans hybridité, qu'ils fussent aussi de compréhension facile et sans équivoque ?

Car, aujourd'hui, qui ne s'intéresse à la psychiatrie ? On ne peut ouvrir un journal, un livre, assister à une représentation théâtrale, sans y trouver au moins la trace, le reflet, de ce souci. Et c'est très bien ainsi. Car, il n'est pas, dans la vie de tous les jours, de circonstances où la psychiatrie n'ait sa part. D'où la nécessité qu'elle puisse être accessible, c'est-à-dire, en premier lieu, que son langage ne soit pas hermétique, que la précision dans les mots prépare à la précision dans les esprits ou la traduise.

Aussi ne saurait-on trop louer le professeur Antoine Porot d'avoir conçu le projet d'établir un lexique psychiatrique, répertoire des mots employés dans les divers ouvrages de psychiatrie. Une longue carrière d'enseignement, unanimement apprécié, de la psychiatrie le désignait tout particulièrement pour cette tâche délicate. Rapidement, pourtant, elle lui parut insuffisante.

Sentant combien un tel répertoire serait utile aux étudiants dont il avait, pendant tant d'années, guidé les premiers examens de malades, aux médecins aussi qui, en présence de réactions psychopathologiques, avaient demandé ses avis, il estima devoir faire davantage pour continuer à les aider. Sentant combien, sans expérience suffisante de la psychiatrie, il peut être difficile à l'étudiant ou au médecin, de trouver dans un *Traité de psychiatrie* le renseignement qui l'éclairerait lors d'une situation médicale ou juridique difficile, le professeur Antoine Porot, développant son projet primitif, ajouta à la définition des mots la description des faits, les éléments de leur diagnostic, les étapes de leur évolution, les indications nécessaires à leur traitement, les dispositions légales qu'il est indispensable de connaître.

Ainsi naquit ce gros livre, qui n'est plus seulement un lexique, mais un manuel alphabétique de psychiatrie. L'étudiant ou le médecin praticien n'aura qu'à l'ouvrir au mot cherché pour trouver aussitôt tous les renseignements désirés. Plus de 600 mots sont ainsi suivis de leur signification et, quand il y a lieu, de leur étymologie, ainsi que des notions historiques, anatomiques, physiologiques, cliniques, médico-légales, des directives aussi pour le diagnostic, l'assistance, la thérapeutique. Rédigés par le professeur Antoine Porot et par ses collaborateurs, parmi lesquels son fils, le Dr Maurice Porot, ces textes, condensés, se font remarquer par leur concision et leur clarté sans que rien d'essentiel ait été négligé. Certains de ces articles sont naturellement plus développés que d'autres. Chacun d'eux est suivi du nom de son auteur, choisi pour ses compétences spéciales.

Livre original, qui manquait, et dont le succès est assuré, ce manuel alphabétique rendra les plus grands services à tout étudiant, à tout médecin à la recherche d'un renseignement d'ordre neuro-psychiatrique. Sans viser à remplacer les gros traités de psychiatrie, il les complète et les devance à la fois, par la mise au point des acquisitions récentes, par sa facilité d'accès et par le caractère immédiat des réponses qu'il peut donner. La longue et grande expérience clinique de son auteur, entouré de collaborateurs formés par lui, assure cependant à ce répertoire psychiatrique une unité dont étaient à l'avance garants les nombreux ouvrages antérieurs du professeur Ant. Porot. Aussi prendra-t-il place avec eux dans toute bibliothèque neuro-psychiatrique.

René CHARPENTIER.

Physiopathologie psychiatrique. (Fisiopatologia psiquiàtrica), par J. Solé SAGARRA, 1 volume, 300 pages, publicaciones medicas José Janès, Barcelone 1951).

Dans sa préface, M. Gonzalo R. Lafora montre l'orientation essentiellement biologique du livre et l'intérêt de la mise au point qu'il constitue. Dès son introduction, l'auteur se déclare partisan d'une psychiatrie à base biologique, dont l'édification est, d'ailleurs, une tâche essentielle. Un résumé historique indique l'apport des différents siècles jusqu'aux travaux de Cajal. Puis un tableau est tracé de l'état actuel de la physiopathologie psychiatrique. Un important chapitre est consacré à la physiologie normale du système nerveux dans ses relations avec les psychoses : histophysiologie générale (théories neuronistes et anti-neuronistes, rôle des synapses), biochimie générale du système nerveux (activité cellulaire avec, en particulier, phéno-

mènes d'oxydoréduction, rôle des acides aminés, liquide céphalo-rachidien, barrière hémato-encéphalique). Est ensuite exposée la physiologie fonctionnelle psychiatrique : excitabilité du système nerveux (réflexes, électro-encéphalogramme), régulation physiologique du névraxe (problèmes hormonaux, circulatoires), bases physiologiques de l'activité psychique (relation somato-psychique, localisations, structure corticale, diencephale, réflexes conditionnés, cybernétique, anatomophysiologie cérébrale et psychopathologie, vie onirique et théories du sommeil), manifestations corporelles de l'activité psychique. Un chapitre envisage les méthodes d'investigation physiopathologique en psychiatrie : appareil circulatoire, recherches métaboliques, système endocrinien, sérologie, méthodes bioélectriques, méthodes psychomotrices. La description de la psycho-physiologie pathologique générale comprend l'étude des rapports du système végétatif et de la psychiatrie (dystonie végétative, syndrome général d'adaptation de Selye), le système endocrinien et la pathopsychologie physiologique, l'importante question de l'altération des métabolismes en psychiatrie, les constitutions en relation avec le métabolisme et les glandes endocrines, le facteur vasculaire, le tonus musculaire, la composition chimique du cerveau. L'auteur aborde alors la physiologie spéciale des maladies mentales, véritable science nouvelle en plein essor : physiopathologie des oligophrènes (idiotie amaurotique, imbécillité phényl-pyruvique, myxoédèmes, etc...), physiopathologie des psychoses involutives (psychoses climatiques, démences préséniles et séniles, artériosclérose cérébrale), physiopathologie des psychoses exogènes (intérêt de la théorie de Bonhoeffer, neurosyphilis, méningite syphilitique, encéphalites, tumeurs cérébrales, traumatismes crâniens), physiopathologie de l'épilepsie (anatomie pathologique, biochimie, rôle des troubles du métabolisme de l'eau, électro-encéphalographie), physiologie des schizophrénies (troubles métaboliques : protides, glucides, avec problème du coma hypoglycémique, théorie de l'hypoxémie, lipides, troubles circulatoires et sanguins ; tonus musculaire et catatonie ; altérations végétatives ; dysrégulation endocrine) ; physiologie des psychoses maniaque-dépressives, enfin physiopathologie des psychopathies. L'auteur fait une mise au point étendue des plus récents travaux sur les fondements biologiques de la psychiatrie. L'ouvrage se termine par une importante bibliographie, un index alphabétique et un répertoire des noms d'auteurs.

V.-J. DURAND.

Investigations sémiologiques sur un groupe de déprimés de dispensaire. (Investigações semiologicas em um grupo de deprimidos de ambulatório), par José Otávio de FREITAS JUNIOR. Thèse pour le professorat de clinique psychiatrique de Recife, 1 volume, 122 pages, Recife 1951.

Les états dépressifs mineurs, très fréquents dans les services ouverts et les dispensaires, sont souvent difficiles à délimiter. L'auteur cherche à en définir les caractères essentiels. Puis il décrit les résultats de l'analyse sémiologique faite chez les malades d'un dispensaire de Recife, indiquant la fréquence relative des différents signes, les renseignements concernant sexe, âge, état civil, saison, etc... Il pense à l'existence d'un groupe de signes liés à l'asthénie et dits hypopathiques et d'un autre groupe rattaché à l'hyperémotivité ou hyperpathiques. Dans une conception jacksonienne, le premier serait celui des symptômes négatifs, et le second, celui des signes

positifs de libération. En considérant la liaison entre les états dépressifs et la pathologie de l'hypothalamus, on peut rapprocher les deux groupes décrits des zones hypothalamiques : antérieure adynamique, et postérieure dynamogène. L'auteur reconnaît d'ailleurs, lui-même, le caractère conjectural de cette hypothèse. Les symptômes principaux sont : asthénie, vertiges, insomnie, angoisse, hyperémotivité, irritabilité, anorexie, impuissance, céphalée. La symptomatologie est d'ailleurs variable d'un malade à un autre, de même que le pronostic. Le rôle de facteurs héréditaires est certain. Chaque chapitre contient de nombreuses données numériques obtenues chez les malades examinés et des références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Manuel de médecine pastorale spéciale, cinquième tome. (Handbùch der speziellen Pastoral medizin-Fünfter Band), par Albert NIEDERMEYER. (1 volume, xvi, 448 p., Verlag Herder Wien, 1952).

Formant le cinquième volume d'une série de six consacrés à l'étude de la médecine pastorale, le présent ouvrage envisage particulièrement la psychopathologie et la psychothérapie.

La première section traite des fondements de la psychopathologie et se divise en quatre chapitres : le premier « Notions fondamentales générales », étudie les caractères de la vie mentale, saine et anormale, les modalités des anomalies, la vie psychique des malades mentaux, les rapports entre affections psychiques et génie, les facteurs étiologiques, le développement, l'évolution des troubles mentaux, les problèmes de l'internement, certaines questions médico-légales, et se termine par des conseils aux directeurs de conscience. Le second « Questions essentielles de médecine psychiatrique pastorale » envisage l'alcoolisme, le suicide, la sexualité, dans leurs rapports avec les maladies mentales, l'hérédité en psychiatrie, la symptomatologie, la classification des principales psychoses et leur traitement. C'est la médecine pastorale des névropathies qui fait l'objet du troisième chapitre, étudiant : affections neurasthéniques (neurasthénie vraie, hypocondrie), névroses (organonévroses, névroses compulsives, hystérie, épilepsie). Enfin, le quatrième chapitre est consacré aux psychopathies : généralités, aspects cliniques, causes, facteurs associés (somatobiologiques, sociaux et métaphysiques), intérêt d'une compréhension universaliste du problème, questions pastorales.

La deuxième section comprend l'étude des fondements de la psychothérapie. Un premier chapitre d'introduction envisage les problèmes généraux de la psychopathologie et de la psychothérapie. Un deuxième « Principes généraux » décrit la nature de la psychothérapie (définition, personnalité du médecin, transfert), ses services, ses possibilités et ses limites, ses méthodes (psychophysiques : irrationnelles et rationnelles — suggestives : hypnose et autosuggestion — analytique — analytico-synthétique et psychagogique). Un important chapitre décrit alors les directives de la psychothérapie : psychanalyse freudienne et ses dérivés dans leurs rapports avec la médecine pastorale, psychologie individuelle d'Adler, psychologie analytique de Jung, psychothérapie nationale allemande, psychothérapie universaliste.

La troisième section comprend une description des études de psychothérapie universaliste d'après saint Thomas d'Aquin et Dante. Un premier chapitre rappelle les éléments de la psychologie scolastique, la signification de la psychologie thomiste pour la psychothérapie et le thomisme de Dante,

le rôle de Virgile comme psychagogue, le voyage mystique de Dante. Le second, « Trivium de la voie du salut », est une interprétation de la « Divine Comédie » du point de vue psychothérapique s'appuyant sur une étude soignée du texte.

La quatrième et dernière section est consacrée aux états limites de la vie psychique de l'homme, manifestations irrationnelles (parapsychologie, hypnotisme, occultisme et conséquences religieuses), manifestations surnaturelles (phénomènes corporels tels que stigmatisation, lévitation ; phénomènes mystiques comme l'extase ; manifestations démoniaques ; guérisons miraculeuses avec des remarques sur les phénomènes de Konneisreuth). De nombreuses références sont données à la fin des différents chapitres.

V.-J. DURAND.

PSYCHO-PHYSIOLOGIE

Les problèmes fondamentaux de la psychophysique dans la science actuelle, par Henri PIÉRON, professeur de physiologie des sensations au Collège de France. (1 vol. in-8°, 64 pages, 47 figures, Hermann et Cie édit., Paris 1951).

L'essentiel de ces problèmes, examinés par le professeur Henri Piéron dans son cours au Collège de France, en 1949-1950, fut ensuite condensé par lui en deux conférences faites à Londres, en mai 1950, à l'University College. En ces deux leçons, illustrées de 47 figures, et que contient la présente brochure, M. Henri Piéron expose et discute, avec l'autorité qui s'attache à ses beaux travaux, les problèmes rattachés à la mesure des sensations, ainsi que les résultats contradictoires obtenus en divers domaines sensoriels, lors de nombreuses recherches, dont il retrace l'histoire. En effet, malgré ses bases erronées, l'œuvre de Fechner « a été le point de départ d'un très bel et très fécond effort de recherches psychophysiologiques, de plus en plus gouvernées d'ailleurs par le souci des applications pratiques de la science, comme le montrent un très grand nombre des derniers travaux ».

R. C.

SEXOLOGIE

L'homosexuel en Amérique, par DONALD WEBSTER CORY. *Préface* du Dr S. NACHT (1 vol. 336 pages. traduit de l'américain, par Jean Rosenthal, Pierre Hazay édit., « Flore ». Paris, 1952).

Livre traduit de l'anglais dans lequel, mais sous un pseudonyme, un homosexuel des Etats-Unis décrit les mœurs et les conditions d'existence des homosexuels dans son pays, en évalue le nombre, recherche la genèse de l'homosexualité, donne son point de vue sur les problèmes qu'elle pose et passe en revue les modes de traitement dont il discute les résultats.

Intéressante *préface* de M. S. Nacht, qui rappelle la distinction établie par lui entre « l'homosexualité perversion » et « l'homosexualité névrose », cette seconde catégorie pouvant seule bénéficier d'un traitement psychanalytique.

R. C.

ASSISTANCE

Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatriques à l'usage des candidats aux diplômes d'infirmier de ces établissements, 5^{me} édition, revue, corrigée et augmentée, par L. MARCHAND et Roger MIGNOT, médecins honoraires de la Maison nationale de Charenton et des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine, avec la collaboration de Hubert MIGNOT médecin des hôpitaux psychiatriques. (1 vol. in-8°, 416 pages, 107 figures, G. Doin et C^{ie} édit., Paris 1952).

Paru pour la première fois en 1912, avec une préface de P. Sérieux et Ed. Toulouse, pour la seconde fois en 1931, avec une préface d'Henri Colin, pour la troisième fois en 1939, avec une préface de Raoul Leroy, ce manuel vit sa quatrième édition, parue en 1949, aussi rapidement épuisée, introuvable en librairie, que les précédentes. Chacune de ces éditions marque une étape dans les progrès de l'assistance psychiatrique, les méthodes de la thérapeutique psychiatrique et souligne l'importance toujours croissante du rôle de l'infirmier ou de l'infirmière de l'hôpital psychiatrique. Auxiliaire du médecin, en contact direct et constant avec les malades, l'infirmier ou l'infirmière n'a pas seulement besoin de connaissances théoriques élémentaires, mais précises, de qualités d'intelligence, d'attention, de cœur, de dévouement. Les nouvelles méthodes thérapeutiques nécessitent qu'il ait aussi de solides connaissances des nouvelles techniques de soins et de rééducation avant d'en aborder la pratique.

Des cours faits dans les établissements psychiatriques préparent assurément les candidats au diplôme d'infirmier. Mais, s'ils sont indispensables, cours oraux et démonstrations pratiques ne sauraient suffire. Un livre est nécessaire qui facilitera la préparation du candidat à l'examen. L'examen subi avec succès, le livre, dont la préparation à l'examen lui a appris le maniement, restera pour l'infirmier la source précieuse des renseignements dont il aura souvent besoin au cours d'une pratique quotidienne exercée avec conscience.

Le succès du Manuel de MM. L. Marchand et Mignot tient, non seulement à l'abondance et à la précision des renseignements qu'il contient, mais à la méthode et à la clarté avec lesquelles ils sont présentés. De nombreuses figures illustrent le texte et en facilitent la compréhension.

Il est divisé en six livres, dont le premier est consacré aux notions élémentaires d'anatomie et de physiologie. Dans le livre II, sont exposés des règles d'hygiène, des éléments de pathologie générale et de police sanitaire. Si le livre III traite des soins à donner aux malades (soins en général, soins dans les affections d'ordre médical, petite chirurgie, accouchement et soins au nouveau-né), le livre IV examine, de façon très complète, les soins à donner par l'infirmier ou l'infirmière aux personnes atteintes de troubles mentaux. On y trouvera, après quelques éléments de psychiatrie usuelle, des indications d'ordre général sur l'assistance et les soins généraux à donner aux malades, sur le fonctionnement et la vie même d'un service hospitalier, tous conseils utiles à la pratique journalière, mais aussi les règles de conduite à observer à l'égard des psychopathes, les soins particuliers à donner en présence de chacun des grands syndromes psychiatriques, les indications nécessaires à l'application et à la surveillance des nouvelles méthodes

de la thérapeutique des troubles mentaux (psychothérapie, pyrétothérapie, convulsivothérapie, narcothérapie, psychochirurgie). Le livre V donne des renseignements sur les questions posées aux examens concernant la pharmacie et les substances que les candidats peuvent avoir à reconnaître lors des interrogations. Les règles administratives en matière d'assistance publique, particulièrement celles concernant l'assistance aux aliénés internés et aux psychopathes traités en service libre, « ouvert », sont résumées dans le livre VI.

Fruit d'une longue expérience, et tenu régulièrement à jour des techniques nouvelles d'assistance et de traitement, ce Manuel technique de l'infirmier des établissements psychiatriques, est pour l'infirmier un guide indispensable. Il apporte un concours précieux à l'enseignement donné dans les écoles d'infirmiers. On peut prédire à cette cinquième édition, revue, corrigée, mise à jour, un succès encore plus grand qu'aux précédentes.

René CHARPENTIER.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Orientation professionnelle et hygiène mentale (Berufsberatung und Psychohygiene), par FRANZISKA BAUMGARTEN-TRAMER (extrait du livre : « Die Psychohygiene », par PFISTER. 2^{me} édition, Tome II. Editions Hans Huber, 1949).

L'orientation professionnelle n'a pas seulement une importance économique et sociale, mais aussi un rôle capital en hygiène mentale. L'exercice d'une profession qui correspond aux aptitudes et aux inclinations est une source d'équilibre psychique. Le conseiller d'orientation rencontre souvent des cas difficiles quand un métier ardemment désiré est impossible à cause d'une infirmité, ou quand un individu très doué n'éprouve d'intérêt pour aucun métier. Il faut dépister les pseudo-inclinations. Des difficultés sociales sont à résoudre. On doit intervenir aussi dans les relations entre élève et maître, apprenti et patron. Le conseiller d'orientation a enfin un rôle psychothérapique et non seulement technique quand une erreur a été commise dans le choix du métier.

V.-J. DURAND.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHOLOGIE

L'acuité stéréoscopique, test de fatigue psychique ; nouvelles bases de sa détermination, par FABRE et LAPOUILLE. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 28 février 1950).

Un petit objet est mieux situé par rapport à un autre, quant au relief spatial, s'il est situé, non dans le même plan de regard, mais dans un plan latéral présentant à l'optimum un écart angulaire de 15 minutes ; l'acuité stéréoscopique devient 10 fois supérieure pour l'écart optimum à celle qui

est mesurée dans le plan de visée du premier objet. Ce n'est donc pas la *fovea* et les neurones associés qui donnent le meilleur relief, mais bien une région latérale à 15 minutes d'angle. L'acuité stéréoscopique dans cette région dépend essentiellement des disponibilités psycho-sensorielles d'attention du sujet ; l'insomnie, la digestion, l'alcool, la diminuent considérablement ; il y a là un test d'étude des sujets dont on veut attendre un effort maximum d'attention.

R. C.

Les conceptions psycho-biologiques de M. Henri Wallon, par M. BERGERON. (*L'évolution psychiatrique*, avril 1950).

Travail témoignant de l'érudition de son auteur sur l'œuvre du professeur Henri Wallon, et qui se définit par son titre centré sur la psychobiologie, discipline nouvelle individualisée par M. Henri Wallon. A la lumière de la conception exposée, M. Bergeron souligne les divers problèmes qui pourraient être repris avec profit ou entrepris, dans l'ordre médico-social notamment, où des voies vraiment fructueuses peuvent être ouvertes.

M. LECONTE.

L'enseignement de la psychologie aux Etats-Unis (La enseñanza de la psicología en Estados Unidos), par Horacio J. A. RIMOLDI. (*Revista de Psiquiatría y Criminología*, Buenos-Aires, n° 75, avril-juin 1950, p. 87-100).

L'auteur décrit les méthodes employées aux Etats-Unis pour l'enseignement de la psychologie, méthodes dérivant de principes très différents de ceux en usage dans les Universités françaises ou sud-américaines. Les stades successifs des études sont rappelés ainsi que les examens qui les sanctionnent. A titre d'exemple, sont donnés les programmes de l'Université du Wisconsin et de celle de Chicago.

V.-J. DURAND.

Aspects psychologiques de la vieillesse, par E. MINKOWSKI (*L'évolution psychiatrique*, janvier-mars 1951).

Le délicat auteur qu'est M. Minkowski se pose d'abord la question de savoir quelles sont les raisons du regain d'intérêt pour les problèmes de la vieillesse.

Son étude psychologique est accompagnée des marques d'une érudition à laquelle il faut renvoyer le lecteur, qui ne lira pas sans émotion le passage à un pieux souvenir de l'auteur concernant un père dont l'hiver 1942 devait le priver, séparés de lui par les affres de la tourmente et des distances, et qui cependant avait fait construire une villa à quatre-vingts ans.

M. LECONTE.

La psychologie expérimentale et la psychiatrie, Aperçu historique, par Franciska BAUMGARTEN-TRAMER (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXV, 1/2 1950).

Exposé chronologique des phases successives du rapprochement de la psychiatrie et de la psychologie dès la seconde moitié du XIX^e siècle. La théorie de la psychogénèse des maladies mentales d'une part, l'introduction des méthodes expérimentales en psychologie d'autre part en furent les pre-

miers mobiles. Avantages des méthodes patho-psychologiques ; acquisitions qui leur sont dues dans les divers domaines communs aux deux disciplines. Distinction entre psychopathologie et pathopsychologie. Importance de la connaissance de la norme. Applications pratiques actuelles : la pharmacopsychologie, les tests d'intelligence, la psychologie des professions ; la psychanalyse et la psychothérapie ; la psychotechnique. La psychologie expérimentale a développé une technique de l'observation utile pour la psychiatrie.

Les liens entre médecins — en particulier les psychiatres — et psychologues, devraient être plus étroits. Des cours de psychopathologie pour psychologues et de psychologie pratique pour psychiatres devraient être obligatoires, car aujourd'hui : « Medicus nemo nisi psychologus. »

H. BERSOT.

Essai sur l'image eidétique et le problème de la vision, par M. GRESSOT. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. LXVI, fascicule 1-2, Zurich, 1950).

Apparaissant à l'état de veille, de contenu donné par une perception réelle passée, les images dites éidétiques, images hallucinatoires physiologiques, sont fréquentes chez certains enfants ou adolescents mais exceptionnelles chez les adultes. De ses études chez les écoliers de Lausanne, des modalités de cette disposition éidétique, en rapport avec une constitution neuro-végétative et caractérologique particulière, l'auteur conclut que ces faits autorisent à établir fermement les distinctions naguère controversées entre sensations et perceptions, ainsi qu'entre images et perceptions, et posent sous un jour nouveau la question de la projection spatiale.

L'image éidétique, qui n'est pas une sensation car elle est essentiellement un acte de conscience, qui n'est pas une perception car elle ne dépend d'aucun stimulus externe actuel, n'est pas non plus une simple image mentale. En effet, bien que n'impliquant aucun trouble mental ou neurologique, elle revêt une « sensorialité » hallucinatoire. Dans le cadre des théories de l'intégration fonctionnelle d'Hughlings Jackson, la sensation se conçoit comme l'intégration du stimulus physiologique au niveau psychique, la perception étant l'intégration au niveau de la conscience d'une sensation par elle-même non consciente. Toute perception visuelle s'actualise en une « image perceptive » qui, normalement, ne se laisse pas dissocier de l'ensemble. La disposition éidétique constitue une sorte d'imagination perceptive, alliant la sensorialité subjective à l'autonomie mnésique. Elle répond à la définition aristotélicienne de l'image : une sensation sans matière.

En terminant, l'auteur observe que de cette intéressante étude peuvent être dégagés quelques principes pour l'analyse structurale des pseudo-hallucinations hypnagogiques, des paréidolies et de la « matière » pseudo-esthétique des rêves.

R. C.

Problèmes idiographiques (Problemas idiograficos), par Salvador ESCALA MILA (de Barcelone). (*Revista de Psicología general y aplicada*, Madrid, vol. 5, n° 14, 1950, p. 320-333).

La Gestalt Theorie peut avoir d'utiles applications dans l'interprétation des graphismes individuels. On peut considérer le tracé d'un mot comme une véritable mélodie dynamique, caractéristique de chaque sujet. Dans la sim-

plification plus ou moins grande, parfois symbolique, de l'écriture, entrent en jeu des facteurs tempéramentaux. Des exemples sont commentés, montrant, en particulier, combien il est difficile de travestir son écriture.

V.-J. DURAND.

La valeur psychologique du terme « intelligence » dans le langage (Il valore psicologico del termine « intelligenz » nel linguaggio), par Ernesto VALENTINI (de Rome). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 11^e année, fasc. 3, juin 1950, p. 209-228).

Les définitions de l'intelligence données par certains psychologues contemporains semblent, à première vue, en désaccord et même parfois en opposition avec la signification habituelle du mot. L'auteur s'appuie sur une étude lexicologique et sur une révision des conceptions psychologiques actuelles et particulièrement sur les définitions structurales (Spearman), statiques (Heymans, Holnuss, Bonnet, Hobhouse) et dynamiques, (Claparède, Stern) pour montrer que, sous des contradictions apparentes, il y a cependant accord entre la signification usuelle du mot intelligence et les recherches des psychologues.

V.-J. DURAND.

La psychologie du premier âge, par M. BERGERON, médecin des hôpitaux psychiatriques (*La médecine infantile*, mai-juin 1951).

Résumant, en cette conférence, l'essentiel de ses publications antérieures sur la psychologie du premier âge, l'auteur s'attache à en montrer l'intérêt primordial pour la connaissance des origines de l'être humain dans une perspective bio-psycho-sociale, la richesse aussi souvent méconnue. L'étude des étapes psycho-biologiques initiales de l'enfant par des médecins, des éducateurs, des psychologues, a renouvelé le domaine de la psychologie en montrant le développement, l'évolution des fonctions, leur intégration, leur organisation en vue de l'adaptation de l'être au milieu. Cette évolution psychologique de l'enfant, par crises, par bonds après bonds, relève de l'intervention du milieu et de l'auto-adaptation. M. Bergeron étudie successivement le développement moteur, l'activité sensori-motrice, les perceptions, les émotions, l'affectivité élémentaire et le milieu. Il souligne l'importance des travaux du professeur Wallon et dégage les applications pratiques, médicales et pédagogiques de ces études sur la psycho-biologie de l'enfant.

R. C.

De la légasthénie (trouble particulier de l'apprentissage de la lecture) chez des enfants intelligents et retardés, par Maria LINDER (de Zürich). (*Pro Infirmis*, Zürich, 9^e année, n° 8, 1^{er} février 1951, p. 273-277).

La légasthénie est une difficulté particulière de lecture survenant indépendamment de la débilité mentale et consistant en une gêne évidente à globaliser les mots, en une tendance à inverser lettres ou syllabes ; elle peut amener la lecture ou l'écriture « en miroir ». Le calcul est le plus souvent facile. Pouvant s'observer chez des enfants présentant tous les degrés d'intelligence, ce trouble constitue une difficulté supplémentaire chez les débiles. Le traitement n'en est pas toujours facile.

V.-J. DURAND.

Psychologie de l'enfant unique, par le Dr VAN KREVELEN (La Haye). (*Enfance*, mars-avril 1951).

L'auteur commence par éclaircir deux points ; l'enfant unique n'est pas plus prédisposé qu'un autre aux troubles psychiques. Il n'y a pas de psychonévrose particulière à l'enfant unique. Les troubles que présentera l'enfant dépendront avant tout des raisons qu'ont eues les parents de n'avoir qu'un enfant : déficience physique, âge, niveau socio-économique, birth-control, courte durée du mariage, foyer désorganisé..., « la connaissance de l'enfant unique commence par ses parents ». D'autre part, le seul fait de son unicité amènera des difficultés particulières à l'enfant : difficulté de la situation œdipienne, difficulté de se libérer des tendances libidinales, d'où crainte de la croissance, du mariage ; facilitation des jeux imaginaires, des fantaisies artistiques, de l'introversion, éloignement de la réalité. L'enfant unique aura tendance à être un faible ayant besoin « d'anges-gardiens ».

D. JOYEUX-QUERCY.

Contribution à l'étude psychologique de l'évasion chez les prisonniers de guerre 1939-1945. Les difficultés psychologiques de l'évasion, par Guy DURANDIN. (*Revue française de psychanalyse*, avril-juin 1949).

Dans cet intéressant article, vécu autant que minutieusement analysé du point de vue psychologique, puisque l'auteur fut lui-même cinq ans prisonnier et évadé, le problème des conditions de l'évasion est étudié avec une clarté et une minutie qui peuvent être utiles aux psychiatres, trop souvent à la tête de services encombrés.

M. Durandin nous montre d'abord les difficultés matérielles de l'évasion, qu'il classe sous quatre rubriques : celle de la préparation de l'évasion, de la sortie proprement dite du camp, de l'exécution à bonne fin après la sortie, ainsi que des difficultés de santé, fort importantes.

Mais tout le monde ne s'évade pas.

Très souvent, en fait, les pires difficultés sont d'ordre psychologique. L'auteur les envisage aux quatre stades successifs de l'évasion. Et l'on est surpris autant qu'intéressé par les aperçus de l'auteur que l'on sent vrais.

L'habitude, l'attachement au paquetage et aux camarades ont été parmi les principaux obstacles de l'évasion. La grosseur même de l'enjeu en était un autre. Le prix en était tel que d'aucuns osaient à peine le regarder comme possible, erreur de jugement sur les rapports de la fin et des moyens. Des exemples authentiques montrent la différence d'intensité affective entre l'attitude du prisonnier et celle du gardien, ce qui rend parfois simples certaines évasions.

Les occupations de captivité, l'acquisition de certaines fonctions, l'importance qu'elles conféraient, entravaient aussi les évasions de même que certains facteurs moraux : craintes de représailles sur la famille, soumission plus ou moins volontaire à la politique de collaboration. L'interrogatoire après l'échec pose aussi les problèmes psychologiques du mensonge et de la discrimination de la fausseté objective et de la mauvaise conscience. L'auteur les traite également et résume l'étude des phénomènes psychologiques en cause en les ramenant à trois : le problème de l'intensité affective, le réalisme du discontinu et la peur de l'indéterminé.

M. LECONTE.

Psycho-sociologie de l'évasion, par Guy DURANDIN (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1950).

Cet article constitue la deuxième partie de l'intéressante contribution de M. Durandin à l'étude psychologique de l'évasion chez les prisonniers de la guerre 1939-1945. Il s'agit cette fois de l'étude des rapports de l'évasion avec cette société spéciale que constitue le camp de prisonniers.

L'auteur y étudie trois groupes de phénomènes. Les réactions des prisonniers devant l'évasion de leurs camarades sont envisagées en premier lieu. Elles varièrent avec les divers moments de la captivité et furent souvent ambivalentes. Il est donné ensuite à méditer sur les variations de la mentalité et du comportement des prisonniers dans un camp donné selon qu'il s'y produit des évasions ou non. L'esprit de résistance s'est parfois transformée en résistance symbolique, terme par lequel M. Durandin désigne une résistance passive. On a pu assister à l'hypertrophie de l'esprit juridique chez les prisonniers, qui cherchèrent à prouver leur bon droit pour compenser plus ou moins consciemment l'état d'infériorité dans lequel ils se trouvaient.

La tournure d'esprit à l'égard de l'évasion eut du retentissement sur l'esprit d'entraide et M. Durandin fournit un singulier exemple de l'interaction en cause. Enfin, cette étude claire et vécue se termine par celle des effets de la propagande en faveur de la « collaboration » sur la manière d'envisager l'évasion parmi les principaux types de camp et surtout parmi le camp spécial des aspirants, camp « expérience » inclus dans le stalag I.A.

M. LECONTE.

Le clochard, les phases de désocialisation, par Alexandre VEXLIARD (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1950 et janvier-mars 1951).

L'auteur se propose de décrire les mécanismes psychologiques de la désocialisation dans le cas du « clochard » ou vagabond des villes. La description phénoménologique des phases de la désocialisation du clochard est le thème central. Certaines légendes que l'observation des faits ne justifient pas sont discutées. La désocialisation présente quatre phases fondamentales : la rupture du lien, la première prise de conscience, la résolution active du conflit, la valorisation et la rationalisation de la situation nouvelle comme mode de résolution des conflits, intérieurs et extérieurs. On ne naît pas clochard. Il n'y a pas en France d'association de clochards. Le clochard est un être inoffensif.

Etude psychologique, pleine d'intérêt, terminée par un second travail, aussi digne d'attention sur le « seuil » de résistance à la désocialisation, qui permet au lecteur d'avoir un aperçu historique des explications de vagabondage, juridiquement, psycho-pathologiquement et psycho-biologiquement. Le clochard, existence sans but, peut être défini comme un homme sans besoin, dans un univers sans valeur.

M. LECONTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Centenaire de la Société médico-psychologique

1^{re} *Séance publique*, sous la présidence de M. Paul RIBEYRE, membre de la Santé publique, le dimanche 25 mai 1952, à 10 heures précises, dans le Grand amphithéâtre de la Faculté de médecine ;

2^{re} *Séance scientifique*, le lundi 26 mai, à 15 heures, 12, rue de Seine. Une partie de la séance sera réservée à des communications et discussions sur le thème suivant : « *Choc et réaction d'alarme* ». La seconde partie de la séance sera consacrée à des communications diverses.

Banquet par souscription le lundi soir, à 20 heures.

Secrétaire général : Dr DUBLINEAU, Ville-Evrard (S.-et-O.).

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 12 mai 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 mai 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). *Cette séance prendra place parmi les manifestations accompagnant la célébration du Centenaire de la Société médico-psychologique.*

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 juin 1952*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 juin 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule *séance*. Cette séance aura lieu le *lundi 7 juillet 1952*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Conformément à l'article du Règlement, la Société médico-psychologique ne tiendra pas séance pendant le mois d'août ni pendant le mois de septembre.

Nécrologie

M. le Dr Pierre-Max LEULIER, *membre correspondant national* de la Société médico-psychologique.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Concours pour 18 postes de médecin du cadre général des hôpitaux psychiatriques

Un concours pour le recrutement de 18 médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques (métropole, départements d'outre-mer, Algérie) aura lieu le 11 juillet 1952 au ministère de la santé publique et de la population.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la Direction de l'administration générale du personnel et du budget (3^e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e, où les demandes d'inscription seront reçues jusqu'au 12 juin 1952 inclus, dernier délai.

(J.O., 10 mai 1952).

SOCIÉTÉS

Union belge et luxembourgeoise de droit pénal

A l'assemblée générale de l'Union belge et luxembourgeoise de droit pénal, qui se tiendra à Luxembourg les 23 et 24 mai 1952 seront présentés et discutés :

un rapport de M. W. HANSSENS, Conseiller à la Cour d'appel de Bruxelles, sur « l'avant-projet belge de loi relative à l'adolescence coupable » ;

et un rapport de M. Georges SCHOMMER, Conseiller honoraire à la Cour supérieure de Justice de Luxembourg et Juge des enfants, sur « la protection de la jeunesse dans le Grand-Duché de Luxembourg ».

Ces rapports sont publiés dans le numéro de mai 1952 de la *Revue de droit pénal et de criminologie*, publiée à Bruxelles sous les auspices du ministère de la Justice. Dans ce même numéro figure également un mémoire sur « la protection de l'enfance délinquante en France, loi du 24 mai 1951 », par M. WAUTERS, directeur général honoraire au ministère de la Justice, président de la Commission royale des patronages.

Société suisse de psychiatrie

La 117^e assemblée de la Société suisse de psychiatrie aura lieu à Reinchenbach/Meiringen, les 28 et 29 juin 1952, sous la présidence du Professeur J. WYRSCH.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Assises nationales sur la clinique régionale de l'alcoolisme

Les prochaines assises nationales sur « Clinique régionale de l'alcoolisme » auront lieu à l'Hôtel-Dieu de Paris le dimanche 8 juin 1952, de 9 heures à 13 heures, sous la présidence du Médecin Général ROUVILLOIS, membre de l'Académie de médecine, président de la Ligue nationale anti-alcoolique.

Au programme : Données statistiques sur l'alcoolisme, Psychoses alcooliques et leur traitement, Cirrhoses alcooliques et leur traitement, Traitement prophylactique et curatif de l'alcoolisme.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les bourses d'études de l'organisation mondiale de la santé (Genève)

L'Organisation mondiale de la santé vient de publier (1952) une brochure donnant des renseignements sur son programme de bourses d'études et qui sera adressée aux gouvernements et aux candidats. On y trouvera tous rensei-

gnements détaillés sur les buts du programme, les modalités d'attribution et la durée des bourses, le choix des candidats et les garanties exigées, ainsi que sur les arrangements relatifs aux voyages, le versement des mensualités au titre des bourses, les communications publiées par les boursiers, les rapports, les bourses financées au moyen de fonds provenant d'autres sources et les formules pour demande de bourses. La brochure est éditée en français et en anglais.

La lutte contre la toxicomanie à l'organisation mondiale de la santé. Troisième rapport du Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie

La nécessité de distinguer entre la toxicomanie et l'accoutumance, et entre les drogues engendrant la toxicomanie et celles qui produisent l'accoutumance, a amené le Comité d'experts des drogues susceptibles d'engendrer la toxicomanie de l'Organisation mondiale de la santé à préciser ses définitions fondamentales.

Les demandes présentées par le Gouvernement suisse, au sujet de l'ipécopan et de ses préparations commerciales, et par le Gouvernement français, au sujet de la morpholinyléthylmorphine, ont fait l'objet d'un nouvel examen. En ce qui concerne l'ipécopan, le comité a recommandé d'exempter les préparations suivantes des dispositions de la Convention de 1925 : comprimés maltés d'ipécopan, solution-gouttes d'ipécopan, sirop malté d'ipécopan, dragées d'ipésandrine, solution-gouttes d'ipésandrine, sirop d'ipésandrine. Quant à la morpholinyléthylmorphine, des renseignements récents ayant montré que cette substance n'est pas davantage susceptible d'engendrer la toxicomanie que ne l'est la codéine, et qu'elle est moins facilement transformable que cette dernière en une drogue engendrant la toxicomanie, le comité a estimé que, comme la codéine, elle devrait être exemptée d'un contrôle rigoureux.

A propos de l'emploi de la diacétylmorphine (héroïne), le rapport constate que 50 Etats Membres ont cessé d'utiliser cette drogue en thérapeutique ou sont disposés à le faire.

Le comité a recommandé d'appliquer le régime établi par la Convention de 1931 aux substances suivantes et à leurs sels : hydroxy-3 N-méthylmorphinane, méthoxy-3 N-méthylmorphinane, β -méthyl-1 éthyl-3 phényl-4 propionyxy-4 pipéridine, ainsi qu'aux sels de divers autres dérivés synthétiques du type « morphinane » et du type « péthidine ». Malgré les différences sensibles que présentent entre eux, du point de vue de leur action, les méthadols et les acétylméthadols, il est probable que tous ces dérivés devraient aussi être considérés comme susceptibles d'engendrer la toxicomanie.

Le rapport aborde encore diverses autres questions, parmi lesquelles : l'inutilité d'employer les préparations de cannabis en médecine ; les mesures destinées à renforcer le contrôle des barbituriques ; le contrôle de l'emploi, par les toxicomanes, de l'amphétamine et de son dérivé méthylé ; l'action antagoniste de la N-allyl-nor-morphine à l'égard des effets analgésiques, respiratoires et autres de la morphine ; le dosage de la morphine dans l'opium ; le choix de dénominations communes pour les drogues qui font l'objet d'un contrôle international.

ASSISTANCE

Le journal de l'hôpital psychiatrique

Depuis l'apparition, il y a cinq ans, au « Centre psychiatrique de traitement et de réadaptation sociale » de Neuilly-sur-Marne, dirigé par le Dr SIVADON, d'un journal mensuel rédigé et composé par les malades et pour

les malades, « *Le Tremplin* », nombreux sont les hôpitaux psychiatriques de France qui possèdent ainsi leur journal.

« *Minerve* », revue mensuelle de l'Amicale de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, a eu l'heureuse idée de consacrer un numéro spécial (mai 1952) à la présentation, avec extraits et dessins, d'un certain nombre de ces journaux : *La voix des hêtres* (Leyme), *L'écho de l'Odet* (Quimper), *L'élan* (Toulouse), *Le tremplin* (Ville-Evrard), *Trait d'union* (Saint-Alban), *L'écho colonial* (Colonie familiale d'Ainay-le-Château), *L'effort* (Vieille-Eglise), *Le moulin de Vauclaire* (Dordogne), *Regain* (Sotteville-lès-Rouen), *Le nouvelliste méconnu* (Bassens), *Les nouvelles de la Chartreuse* (Dijon), *L'écho de la montagne* (Mons, Belgique), *L'essor* (Nancy), *L'écho des bruyères* (Fleury-les-Aubrais), *L'information* (Le Vinay), *La chainette* (Auxerre), et « *Frères dans le Christ* », bulletin et supplément de *Minerve*.

Le numéro de « *Minerve* » expose également une histoire des journaux muraux qui le complètent dans les différents pavillons de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, et dont sont exposés les avantages et les inconvénients. Les buts de ces journaux muraux sont ainsi définis :

- « 1° sortir de ses préoccupations personnelles l'hospitalisé ;
- « 2° l'amener à s'intéresser à la collectivité dans laquelle il vit ;
- « 3° l'amener à s'occuper de la vie extérieure ;
- « 4° de contribuer à l'amélioration de ses conditions de vie. »

STATISTIQUE

Les morts par empoisonnement

Actuellement, la mortalité par empoisonnement dépasse la mortalité consécutive à toutes les maladies infectieuses mises ensemble, à l'exception de la tuberculose. Alexander, Moore et Ipsen (*The New Engl. J.M.*, 1952, 246, 46-52) ont étudié les cas de décès dus à des empoisonnements, pendant dix ans (1938-1948) dans le Massachusetts. Leur examen a porté sur des cas réunis à la Division des archives du Bureau du secrétaire d'Etat. Sur 119.138 décès ainsi révisés, 7.968 sont dus à des intoxications. Sur ce nombre, l'alcool s'est vu imputer 3.992 décès ; le gaz d'éclairage 1.648 ; l'oxyde de carbone 716, des substances chimiques non thérapeutiques 671 ; les *sédatifs* 455 ; les *anesthésiques* 412 et d'autres agents thérapeutiques 74. Le taux global des décès dus à des intoxications représente le 6,64 % de toutes les morts enregistrées et la moitié de ces intoxications sont dues à l'alcool. Parmi les anesthésiques qui ont été pointés comme ayant entraîné la mort, sur 412 décès, 152 cas sont survenus après l'emploi d'éther, 62 cas après des anesthésies de nature non déterminée ; 14 cas sont imputés à la novocaïne ; 13 au *pentothal sodique*.

Sur l'ensemble de ces décès, les *suicides* sont au nombre de 2.114, contre 1.804 intoxications par accident. Le moyen de suicide le plus employé est le gaz d'éclairage (1.080 cas), puis viennent les poisons inorganiques (199), les barbituriques (224). Ce sont ces derniers qui s'utilisent de plus en plus à l'heure actuelle ; si l'on compare avec la même étude faite pour les années 1928 à 1938, on constate qu'on y recourt, de nos jours, cinq fois plus qu'à la période mentionnée.

(Médecine et hygiène, 1^{er} mai 1952).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et Cie Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1952 (2^e trimestre) — Numéro d'ordre : 1481

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 83.121. — 1952

C.O.A.L. 31.2330.

PR(X7-7-Ann

ANNALES

MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF :

RENÉ CHARPENTIER

110^e Année - T. 1 - N° 1

Janvier 1952

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS REDACTEURS EN CHEF (1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, Henri COLIN.

RÉDACTEUR EN CHEF : René CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. X. et P. ABÉLY, H. BARUK, H. BEAUDOUIN, P. BEAUSSART,
P. COMBEMALE, P. COSSA, P. COURBON, J. DELAY, P. DELMAS-MARSALET,
G. DEMAY, J. DUBLINEAU, J. EUZIÈRE, H. EY, A. FRIBOURG-BLANC,
G. GUIRAUD, J. HAMEL, G. HEUYER, D. LAGACHE, M. LAIGNEL-
LAVASTINE, J. LAUZIER, J. LÉPINE, J. LHERMITTE, L. MARCHAND,
L. MICHAUX, E. MINKOWSKI, P. NAYRAC, F. PACTET, N. PERON, H. PIÉRON,
A. POROT, G. RAVIART, M. RISER, Th. SIMON, J. TINEL, G. VERNET,
H. WALLON.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL (1952)

(L'abonnement part du 1^{er} janvier)

France et Union Française.....	3.900 frs
Belgique et Luxembourg.....	650 frs belges
Autres pays.....	\$ U.S.A. 13

(Ces prix sont également payables
au cours des règlements commerciaux, le jour du paiement).

Changement d'adresse : 50 fr.

COLLECTIONS DISPONIBLES. CONDITIONS SUR DEMANDE

Années 1843 à 1951

Les années 1844, 1846 et 1847 sont épuisées.

Les années 1843, 1848, 1854, 1860 et 1874 sont rares et ne peuvent être acquises qu'avec la collection.

L'année mixte 1914-1915 forme 2 volumes. L'année 1916 et l'année 1917 formant chacune un volume sont réunies pour la vente en une année mixte.

Tables

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1939). 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950). 1 vol., en préparation.

Chacun de ces 4 volumes contient une table alphabétique par noms d'auteurs et une table analytique des matières.

Cinquantenaire de la Société médico-psychologique, 1902, 1 vol.

Centenaire des Annales médico-psychologiques, 1943, 1 vol.

Les Annales médico-psychologiques forment chaque année 2 volumes in-8°

(Les manuscrits non insérés ne sont pas rendus).

Adresser tout ce qui concerne la Rédaction au D^r René CHARPENTIER,
27, Avenue de la Costa, Monte-Carlo.

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Table générale et alphabétique

Table générale et alphabétique, Tome I (1843 à 1866), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome II (1867 à 1878), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome III (1879 à 1930), 1 vol.

Table générale et alphabétique, Tome IV (1931 à 1950), 1 vol.
(en préparation)

Ces 4 volumes, contenant chacun une « table alphabétique par noms d'auteurs » et une « table analytique des matières » constituent l'unique répertoire bibliographique des travaux neuro-psychiatriques publiés depuis 1843.

COLLECTIONS DU

Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale
depuis sa fondation en 1908

17 volumes brochés avec nombreuses figures dans le texte et planches hors texte
(Tomes I à XV et XVIII). Années 1908 à 1928 et 1930. Le tome XVII (1929) est épuisé

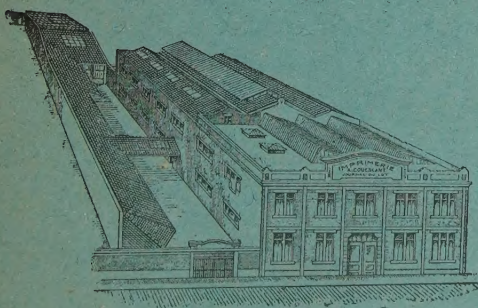
Médecine mentale de guerre. N° spécial, décembre 1917
Conditions sur demande

IMPRIMERIE A. COUESLANT

Société à responsabilité limitée au capital de 18.000.000 de francs
(PERSONNEL INTÉRESSÉ)

CAHORS (Lot)

1, Rue des Capucins et Anatole-France (Annexe)



DIX LINOTYPES
VINGT-DEUX PRESSES

Adresse Télégraphique :
COUESLANT-CAHORS

Téléphone : 31

Compte Postal :

N° 5399 TOULOUSE

Reg. C. Cahors N° 3088

Rép. Producteurs : 28 - Cahors

INSTALLATION SPÉCIALE POUR PUBLICATIONS PÉRIODIQUES
BROCHURES-VOLUMES ET TOUS TRAVAUX TYPOGRAPHIQUES

CLINIQUE MEDICALE DE CHAILLOT

15, Rue Boissière, PARIS (16°)

Téléphone : KLÉber 59-56

Docteur GARAND

Docteur MIGAULT

Anciens Chefs de Clinique à la Faculté de Paris

MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

MÉDECINE GÉNÉRALE—CONVALESCENCES
CURES DE REPOS — RÉGIMES

Agents physiques - Traitements biologiques - Psychothérapie

Electro-choc

Published in France.



